

UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Radka Henzlová**

**Psychosociální podpora a edukace matky  
předčasně narozeného dítěte**

*PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND EDUCATION OF  
MOTHER OF PREMATURE INFANT*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2017

Autor práce: Radka Henzlová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Petra Sedlářová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2017

Radka Henzlová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petře Sedlářové za její cenné rady a čas, který se mnou velmi ochotně strávila. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Lucii Trněné za konzultace, pomoc s výběrem literatury a za trpělivost v průběhu psaní mé práce. V neposlední řadě musím také poděkovat svojí rodině za jejich podporu v průběhu celého studia.

## Obsah

Úvod.....	7
1 Neonatologie .....	9
1.1 Klasifikace novorozenců.....	9
2 Předčasný porod.....	11
2.1 Stádia předčasného porodu .....	11
2.2 Příčiny předčasného porodu.....	11
3 Nejčastější problémy nezralého novorozence .....	13
3.1 Syndrom respirační tísně.....	13
3.1.1 Klinické známky a příčiny RDS .....	13
3.1.2 Terapie RDS.....	14
3.2 Neonatální apnoe .....	15
3.2.1 Příčiny neonatální apnoe.....	15
3.2.2 Terapie neonatální apnoe .....	16
3.3 Pneumonie.....	16
3.3.1 Diagnostika pneumonie.....	17
3.3.2 Terapie pneumonie.....	17
3.4 Střevní dystonie novorozence .....	18
3.4.1 Paralytický ileus.....	19
3.5 Nekrotizující enterokolitida (NEC).....	19
3.5.1 Klinický obraz NEC.....	19
3.5.2 Terapie NEC .....	20
3.6 Patologická hyperbilirubinémie .....	20
3.7 Anémie nedonošených novorozenců .....	21
3.8 Retinopatie z nezralosti.....	21
4 Ošetrovatelské postupy v péči o nezralého novorozence.....	23
4.1 Ošetřování nezralého novorozence po porodu.....	23
4.2 Resuscitace nezralého novorozence .....	25
4.2.1 Indikace a kontraindikace zahájení resuscitace.....	26
4.2.2 Provedení resuscitace .....	26
4.2.3 Poresuscitační péče .....	28
4.3 Distenzní terapie .....	29

4.4	Zavádění nasogastrické a orogastrické sondy .....	29
4.5	Venózní katetrizace .....	29
4.6	Oxygenoterapie .....	30
4.7	Bariérový systém ošetřování .....	30
5	Psychologie v neonatologii .....	32
5.1	Obecné zásady komunikace .....	32
5.1.1	Zásady neverbální komunikace .....	33
5.2	Komunikace v neonatologii .....	35
5.3	První komunikace s rodiči .....	36
5.4	Prostředí novorozenecké JIP .....	39
5.5	Sdělování špatné zprávy .....	39
5.6	Základní principy podpory rodičů .....	40
5.7	Etika v neonatologii .....	40
5.8	Zásady edukace v neonatologii .....	42
6	Výzkumná část .....	45
6.1	Cíl výzkumu .....	45
6.2	Výzkumné otázky .....	45
6.3	Plán .....	45
6.4	Realizace .....	46
6.4.1	Otázky použité během rozhovoru s matkami .....	46
6.5	Metodika .....	47
6.5.1	Analýza ošetrovatelské dokumentace .....	47
6.5.2	Rozhovory s matkami .....	47
6.6	Charakteristika výzkumného vzorku .....	47
7	Kazuistiky matek předčasně narozených dětí .....	49
8	Zpracování odpovědí s ohledem na výzkumné otázky .....	70
9	Diskuze .....	78
	Závěr .....	80
	Použité zkratky .....	82
	Použitá literatura .....	84

## Úvod

Péče o předčasně narozené děti je velmi náročná. Neonatologické sestry musí dobře znát zdravotní problematiku pacienta, o kterého pečují. Sestra je s dítětem po celou dobu své služby a měla by umět rozpoznat zhoršení nebo naopak zlepšení stavu a tyto změny nahlásit lékaři.

Na předčasný porod se žena nikdy nemůže zcela psychicky připravit. Některá těhotenství probíhají s komplikacemi, žena je opakovaně hospitalizovaná a lékaři jí s možností předčasného porodu seznámí. Ale občas dochází k předčasnému porodu bez předešlých varovných signálů. V obou případech je předčasný porod pro rodičku stresující událost, která zasáhne i celé blízké okolí. Psychologická podpora je důležitá již v prenatalním období. Žena musí mít dostatek informací o možných komplikacích, o průběhu porodu, o tom co bude následovat po porodu. Pokud předčasný porod již nelze odvrátit, měl by s ženou komunikovat neonatolog, podrobně vysvětlit léčebné a ošetrovatelské postupy, které mohou být použity u jejího předčasně narozeného novorozence. Vše se odvíjí od stupně nezralosti.

Porod je provázen bolestí, která je v případě porodu předčasného, bolestí náhlou a nečekanou. Pokud žena rodí v termínu, je přítomna bolest také, ale u předčasného porodu se k této bolesti přidávají pocity úzkosti, beznaděje, strach o život nezralého dítěte. Rodiče do lékařů a sester vkládají veškerou svou naději, věří, že to jsou právě oni, kteří se o jejich dítě nejlépe postarají.

V prvních dnech má většina matek pocity marnosti a zbytečnosti. Sestry by měly rodiče zapojit do péče již od prvních hodin po porodu. Je velmi důležité nejprve zajistit u dítěte základní životní funkce, ale neméně důležité je i následná podpora rodičů, především matek. Moderní přístroje, nejnovější ošetrovatelské postupy nám umožňují zachraňovat extrémně nezralé děti s dobrými výsledky. K podpoře rodičů nepotřebujeme žádné přístroje, ale nástrojem je správná komunikace. Rodiče si všímají hlasu, výrazu obličeje, postoje. Mezi podporu rodičů patří včasná edukace v péči o jejich dítě. V procesu edukace je umění

komunikace velmi důležité. Trpělivý, vstřícný přístup podporuje a prohlubuje důvěru mezi rodiči a ošetřujícím personálem. Stále se na psychologickou podporu rodičů zapomíná, i když i v této oblasti došlo k velkému pokroku.



# 1 Neonatologie

Neonatologie je medicínský obor, zabývající se péčí o fyziologické, patologické a předčasně narozené novorozence. V průběhu 20. století se neonatologie vyvíjela a nyní je na velmi vysoké úrovni. Po zavedení především ventilační podpory se vývoj tohoto oboru velmi urychlil a v druhé polovině 20. století vznikají jednotky intenzivní péče o patologické i předčasně narozené novorozence. Dnes neonatologie disponuje nejmodernější technikou, účinnou farmakologií, včetně možnosti aplikace exogenního surfaktantu, kvalitními přípravky pro parenterální i enterální výživu. Spolupráci s dalšími odborníky lékařských i nelékařských oborů dochází neustále k zlepšování péče o tyto novorozence. Ošetrovatelská péče prodělala také obrovské změny a přispěla k rozvoji neonatologie.

## 1.1 Klasifikace novorozenců

Novorozenec je charakterizován gestačním věkem, porodní hmotností a vzájemným vztahem těchto dvou parametrů. Dělení:

- a) podle gestačního věku
- b) podle porodní hmotnosti
- c) podle vztahu porodní hmotnosti a délky gestačního stáří

### **Klasifikace podle gestačního věku**

- a) donošený novorozenec – narozený blízko termínu předpokládaného porodu (37+0 až 41+6)
- b) nedonošený novorozenec – gestační věk do 36+6
- c) přenošený novorozenec – gestační věk nad 42+0

### **Klasifikace podle porodní hmotnosti**

- a) novorozenec obrovský (4500g a vyšší)

- b) novorozenec s normální porodní hmotností (2500g – 4499g)
- c) novorozenec s nízkou porodní hmotností (1500g – 2499g)
- d) novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností (1000g – 1499g)
- e) novorozenec s extrémní nízkou porodní hmotností (pod 1000g)

#### **Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku**

- a) eutrofický novorozenec – gestačnímu věku odpovídá dosažená hmotnost
- b) hypotrofický novorozenec – hmotnost je pod 10. percentilem k danému gestačnímu věku
- c) hypertrofický novorozenec – hmotnost je nad 90. percentilem k danému gestačnímu věku. (Dort a kol.,2011)

## 2 Předčasný porod

Předčasný porod je patologický děj, vyvolaný různými příčinami. Rozvojem neonatologie došlo k dramatickému snížení mortality nedonošených dětí. V České republice stoupá výskyt předčasných porodů. V současné době se pohybuje okolo 8,5 %. Mezi příčiny předčasných porodů patří stoupající věk rodiček, asistovaná reprodukce, životní styl a další. K velmi rizikovým patří novorozenci narození před 32. gestačním týdnem a s porodní hmotností pod 1500g. Úkolem neonatologie je snižovat morbiditu, zabránit těžkému handicapu, zamezit neuro-psychomotorickým poruchám, dítě začlenit do kolektivu svých vrstevníků a vytvořit tím podmínky pro kvalitní dětství a dospělost.

### 2.1 Stádia předčasného porodu

#### **Hrozící předčasný porod.**

**Začínající předčasný porod**, branka je větší jak 3 cm a děložní hrdlo zaniklé. Pokud kontrakce jsou stále přítomny, i přes léčbu většinou porodu nelze zabránit.

**Probíhající předčasný porod**, kdy se neustále porodní cesty otvírají, velká část plodu již vstupuje do porodních cest a může také odtékat plodová voda.

**Předčasný odtok plodové vody.** Tento stav vyžaduje během několika dní řešení, i když nejsou přítomny kontrakce, po odtoku plodové vody je plod ohrožen infekcí, předčasným odloučením placenty, snížením dýchacích pohybů a ohrožením celkového vývoje. (Janáčková a Kantor, 2016)

### 2.2 Příčiny předčasného porodu

- a) přímé – infekce, poruchy placenty, imunologické příčiny, choroby matky, traumata, abnormality plodu nebo dělohy

- b) nepřímé – předčasný porod v anamnéze, tělesný vzrůst, vlivy zevního prostředí
- c) neznámé – tvoří zanedbatelné procento

**Infekce matky** je jedna z nejčastějších příčin předčasného porodu a představuje velké riziko pro plod. Tato infekce probíhá většinou v dolním děložním oddíle a bez symptomatologie. Přestup infekce na plodové obaly a do amniální dutiny ve většině případů způsobí předčasný porod. Diagnostika předčasného porodu se opírá především o subjektivní potíže těhotné ženy, objektivní prokázání děložních činností a stav děložního hrdla. Velmi často dochází k rozvoji děložních kontrakcí nebo k odtoku plodové vody bez předchozích varovných klinických příznaků. Odtok plodové vody je nevratný stav a vede k předčasnému ukončení těhotenství. (Binder a kol., 2011)

### 3 Nejčastější problémy nezralého novorozence

Nezralý novorozenec je narozený před ukončeným 37. týdnem gestace. Stupeň zralosti nás informuje o tom, jak je novorozenec vyvinut na mimoděložní život. Čím je novorozenec gestační mladší, tím více jsou jeho orgánové soustavy nezralejší a adaptace na život mimo dělohu snížena. Vždy se zajímáme o gestační věk, hodnotíme známky nezralosti, než hmotnost dítěte. Ta nemusí vždy odpovídat gestačnímu týdnu. V této kapitole se zabývám problémy, které v důsledku nezralosti mohou nastat, např. syndrom dechové tísně, neonatální apnoe, pneumonie, anémie, střevní dystonie, nekrotizující enterokolitida, patologická hyperbilirubinémie a retinopatie.

#### 3.1 Syndrom respirační tísně

Zralý novorozenec se na mimoděložní život adaptuje velmi dobře, neboť má vyztřelé plíce a ty jsou schopny přestavby spolu s oběhovým systémem. Tekutina v plicích je resorbována krevními a lymfatickými cévami a je nahrazena vzduchem. Zralý novorozenec dýchá volně, bez dyspnoe, eupnoicky, pravidelně. Změna dýchání ve smyslu dyspnoe, tachypnoe je projevem syndromu respirační tísně (RDS).

V důsledku nezralosti plicní tkáně a chybění surfaktantu vzniká respirační tíseň, která může vést k respiračnímu selhání a tím k poškození dalších orgánových soustav, především mozku. RDS může postihnout, ale i zralé novorozence matek diabetiček, při postižení plic jako je např. šoková plíce (ARDS). Ve většině případů souvisí s nezralostí a můžeme předpokládat, že čím bude novorozenec nezralejší, tím i průběh RDS těžší. (Dort a kol., 2011)

##### 3.1.1 Klinické známky a příčiny RDS

Mezi známky RDS patří především **tachypnoe**, **dyspnoe** (ztížené, namáhavé dýchání se zatahováním podžebrí, sterna, jugula a s přítomností alárního souhybu). K dalším projevům patří tak zvaný **grunting** (kručení), což

znamená zvukový projev při výdechu, kdy je uzavřena glottis a tento mechanismus pomáhá udržet pozitivní tlak v dýchacích cestách. **Tachykardie a centrální cyanóza** patří také ke známkám respirační tísně. Pokud odebereme krev na vyšetření acidobazické rovnováhy (ABR), nalézáme většinou hyperkapnii, hypoxii a smíšenou acidózu. (Dort a kol., 2011)

V endotelu alveolů nacházíme dva typy buněk. Buňky I. typu nám umožňují výměnu plynů mezi vdechovaným vzduchem a krví v kapilárách plicních sklípků, těchto buněk je většina. Surfactant produkují buňky II. typu. Tato látka vytváří na povrchu alveolu tenký film. Surfactant brání kolapsu alveolů na konci výdechu a vzniku nevzdušných zkolabovaných míst splasklých plicních sklípků (tzv. atelektáz). Je přítomen v plicích v dostatečném množství až od 35. týdne gravidity. Nepřítomnost nebo snížené množství surfaktantu v důsledku vzniku atelektáz, vede ke vzniku hypoxie a odumírání výstelky alveolů a následně ke vzniku plicního edému. (Fendrychová a Borek, 2012)

### 3.1.2 Terapie RDS

RDS můžeme ovlivnit podáním kortikoidů matce při hrozícím předčasném porodu k urychlení zrání plic.

Nezralého novorozence uložíme do vyhřátého inkubátoru, tím zajistíme termoneutrální prostředí, podáváme tekutiny a dodávky energie formou parenterální výživy. Distenzní podpůrnou terapii (CPAP) volíme v lehčích případech. Pro léčbu těžších forem RDS je nutné zajistit dýchací cesty intubací a včasnou aplikaci surfaktantu do trachei přes endotacheální kanylu (ETC). Dále připojíme novorozence na šetrnou umělou plicní ventilaci, pokud nám postačí k zajištění oxygenace pozitivní přetlak (CPAP), volíme raději méně invazivní metodu. V současnosti se preferuje postup, kdy se nezralý novorozenec již na porodním sále zaintubuje, aplikuje se surfaktant a časně se novorozenec extubuje s použitím pozitivního přetlaku. Metodu označujeme INSURE (tj. intibace-surfaktant-extubace).

Oxygenoterapie zabraňuje poškození dalších orgánů, především mozku. Musí být vždy přesně dávkována a monitorována, aby nedošlo k hyperoxemii s následným poškozením oční sítnice. Používáme kontinuální měření saturace krve kyslíkem pomocí pulzní oxymetrie. Kyslík musí být zvlhčený a ohřátý. (Dort a kol., 2011)

### 3.2 Neonatální apnoe

Neonatální apnoe, které je také nazýváno jako apnoická pauza (AP), je vážný klinický stav bezdeší trvající 15 až 20 vteřin i déle. Někdy jsou apnoe provázeny i poklesem srdeční akce. Apnoe je každodenním problémem lékařů a sester na neonatologických JIP. Velmi závažné jsou apnoe často se opakující, vyžadují rychlé a účinné řešení. Rozpoznat zavčas apnoi a správně zasáhnout je především úkolem sestry. Sestra také vede přesnou a přehlednou dokumentaci o četnosti apnoických pauz. Popsání apnoické pauzy lékaři sestrou může být nesnadné a vyžaduje to značnou zkušenost. Apnoickou pauzu musíme odlišit od mělkého dýchání, od periodického dýchání, kdy novorozenec dýchá nepravidelně a krátkými pauzami a následně se zvýšenou dechovou aktivitou. (Zoban, 2012)

#### 3.2.1 Příčiny neonatální apnoe

U nezralých novorozenců se apnoe projevuje velmi často. Novorozenec apnoi reaguje na spoustu nemocí, které je třeba vyloučit.

##### **Apnoi dělíme:**

- a) **centrální** – tato se vyznačuje kompletní absencí dechové aktivity
- b) **obstrukční** – u této pauzy je přítomna dechová aktivita, ale nedochází k proudění vzduchu v dýchacích cestách v důsledku obstrukce.
- c) **smíšenou** – kombinace obou dvou typů apnoických pauz. Smíšený typ pauz je nejčastějším typem, který se u novorozenců vykytuje až v 50 - 75%. (Janota a Straňák, 2013)

### 3.2.2 Terapie neonatální apnoe

K omezení a úplné eliminaci AP přispívá velkou měrou správná ošetrovatelská péče. Šetrné ošetřování v termoneutrálním prostředí, zajištění správné polohy s vypodloženým hrudníkem, některým novorozencům vyhovuje poloha na břiše. Je velmi důležité zajistit průchodné a volné dýchací cesty vhodným polohováním a odsáváním sekretu. Často je nutná také oxygenoterapie. K léčbě primární apnoe, tedy apnoe z nezralosti, se využívá preparát kofein citrát. Ten stimuluje dýchací centrum, zvyšuje ventilaci, napětí kosterních svalů a vyvolává odpověď na hyperkapnii (vzestup oxidu uhličitého v krvi). Kofein citrát lze již podávat intravenózně. Pokud tato opatření nejsou dostačující, je nutné přistoupit k ventilační podpoře pozitivním přetlakem nebo mechanickou ventilací. U sekundárních apnoí léčíme vyvolávající příčinu. (Fendrychová a Borek, 2012)

### 3.3 Pneumonie

Pneumonie vážně ohrožují nezralého novorozence na životě. Jsou významnou příčinou novorozenecké morbidita a mortality u nezralých dětí, ale i u donošených novorozenců.

#### Cesta infikování:

- a) **intrauterinně** (v děloze), vzestupnou cestou pokud dochází k předčasnému odtoku plodové vody, nebo přímo krevní cestou přes placentu od matky
- b) **intrapartálně** (v průběhu porodu), kdy dítě aspiruje infikovanou plodovou vodu do plic, nebo tuto vodu spolkně do žaludku.
- c) **postnatálně**, je infekce získaná v jakémkoliv období po porodu. (Fendrychová a Borek, 2012)

Pneumonii mohou vyvolat viry, bakterie, kvasinky, plísňe, prvoci. K nejčastějším etiologickým agens u **časné pneumonie** jsou: *Streptococcus*



agalactiae skupiny B (GBS-70%), Hemophilus influenzae, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae a další. **Pozdní pneumonii** způsobují všechna agens, která nalézáme u časně pneumonie a také Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Mycoplasma pneumoniae. (Janota a Straňák, 2013)

**Příznaky** pneumonie mohou být velmi různorodé. Dítě bývá termolabilní, často s poruchou periferního prokrvení. Mohou se objevovat příznaky respirační tísně-tachypnoe s dyspnoí, nepravidelné dýchání s přítomností apnoických pauz. Poslechově slyšíme chrupky. Dále pozorujeme problémy se zažíváním a trávením. Dítě má vzdušné břicho, intoleruje stravu, zvrací. (Zoban, 2012)

### 3.3.1 Diagnostika pneumonie

Teplota nebo infekce matky v období okolo a během porodu s předčasným odtokem plodové vody může nasvědčovat na adnatní (vrozenou) pneumonii. Je tedy nutná spolupráce s porodníky a podrobná anamnéza matky. Zkalená plodová voda, pozitivní kultivace plodové vody, nitroděložní hypoxie plodu, vznik respirační tísně novorozence do 48 hodin po porodu jsou možné ukazatele na pneumonii. Při přijetí dítěte na JIP se odebírají tzv. vstupní kultivace. Tyto kultivace se skládají z výtěrů krku, zvukovodu, recta. Dále odebíráme krev na zánětlivé parametry, které nám mohou případnou infekci potvrdit. Do těchto odběrů patří vyšetření krve na C-reaktivní protein (CRP), KO+diff, procalcitonin, sérová biochemie, vyšetření acidobazické rovnováhy (ABR) a v neposlední řadě hemokultura.

Na RTG snímku nalézáme nepravidelné zastínění určité oblasti plic. Ložiska mohou být mnohočetná, ale nejsou na všech místech stejná, jako nalézáme u RDS. (Fendrychová a Borek, 2012)

### 3.3.2 Terapie pneumonie

K léčbě pneumonii se používají antibiotika většinou v kombinaci dvou preparátů. U časně pneumonie se většinou používá ampicilin s gentamicinem. U

pozdní pneumonie se zaměřujeme na patogeny vyskytující se na daném pracovišti. Kombinujeme protistafylokoková antibiotika (oxacilin) s aminoglykosidy nebo cefalosporiny 3. generace. Nezbytnou terapií bývá oxygenoterapie, někdy je nutné při závažných stavech, přistoupit k řízené plicní ventilaci. K základům léčby patří kvalitní ošetrovatelská péče s termoneutrálním prostředím, parenterální výživa, přiměřené dodávky iontů, tekutin, kalorií. Normalizovat ABR a stabilizovat krevní oběh. U pozdní pneumonie, jako u všech nozokomiálních nákaz, dbáme především na prevenci důsledným dodržováním hygienicko-epidemiologického režimu. (Fendrychová a Borek, 2012)

Spektrum pacientů na novorozeneckých JIP se neustále mění. Dochází k přežívání extrémně nezralých novorozenců, tím se zvyšuje počet invazivních zákroků, používání antibiotik a desinfekčních prostředků, které jsou na JIP nutností, pomáhá ke vzniku rezistentních bakteriálních kmenů na mnohá antibiotika.

### **3.4 Střevní dystonie novorozence**

Nervosvalová nevyzrálост trávicí trubice je příčinou poruchy střevní pasáže přechodného charakteru. Především u nedonošených dětí nacházíme zpomalenou střevní peristaltiku, která je zapříčiněna nedokonalou koordinací nervosvalové činnosti. Zde je velmi nutná důsledná ošetrovatelská péče a zkušenost sestry, neboť upozorní na možné příznaky, které jsou se střevní dystonií spojeny. Novorozenec ublinkává, zvrací. Sledujeme nedostatečný odchod smolky, který způsobí vzedmuté, plné břicho. Po klyzmatu a následném důkladném vyprázdnění smolky a odchodu plynů se stav novorozence zlepšuje. Také je důležité přesné měření rezidua v žaludku (zbytky nestrávené stravy před aplikací další dávky pomocí nasogastrické nebo orogastrické sondy), které nás informuje o činnosti trávicího traktu, a dále podle rezidua upravíme množství následné dávky, abychom trávicí trakt nepřetěžovali. Stolice přesně zapisujeme do dekurzu a patologie hned nahlásíme lékaři. Pečlivě a pravidelně popisujeme stav břicha a množství reziduí a následné množství podané stravy. (Fendrychová a Borek, 2012)

### **3.4.1 Paralytický ileus**

Nepracující ochablé střevo nezralých novorozenců může způsobit střevní neprůchodnost funkční povahy. Příčiny, které způsobují paralytický ileus, jsou většinou infekční povahy, např. septické stavy, enterokolitidy, zánětlivá onemocnění plic, CNS i jiných orgánových soustav. Paralytický ileus dále způsobují léky na útlum, rozvrat elektrolytové rovnováhy, pooperační stavy. U novorozence pozorujeme zvracení, ublinkávání, objemné a vzedmuté břicho v důsledku něho se mohou objevovat i ventilační problémy. Léčbou paralytického ileu je včasná diagnostika a primární léčba zaměřená na vyvolávající příčinu. (Fendrychová a Borek, 2012)

### **3.5 Nekrotizující enterokolitida (NEC)**

Toto onemocnění postihuje velmi nezralé novorozence ve většině případů vážící pod 1500 gramů. NEC je závažné život ohrožující onemocnění. Novorozenci s nekrotizující enterokolitidou jsou ošetřováni na JIP, nezbytností je zajištění invazivních vstupů. Manifestace příznaků se projevuje do 10 dnů od narození po podání stravy enterální cestou. Etiologie NEC je multifaktoriální. Na vzniku onemocnění se může podílet nízká až nulová obranyschopnost nedonošeného dítěte, bakteriální osídlení střeva, umělá výživa a hypoxie, která vede k poškození až perforaci střevní stěny a vzniku pneumoperitonea a peritonitidy (Zoban, 2012)

#### **3.5.1 Klinický obraz NEC**

Příznaky se projevují během několika dnů po porodu. Novorozenec je i přes tepelný komfort termolabilní, apatický, zvrací, břicho vzedmuté. Porucha pasáže smolky a stolice se může kombinovat se stolicemi průjmovitými nebo s přítomností krve. Šokový stav a akutní břišní příhoda jsou obrazem pokročilého stádia. Laboratorně nacházíme pokles trombocytů, v acidobazické rovnováze zjišťujeme metabolickou acidózu. (Zoban, 2012)

### 3.5.2 Terapie NEC

Zamezení enterálního příjmu a kontinuální odsávání obsahu žaludku je prvotní léčbou NEC. Výživu podáváme v adekvátním množství parenterální cestou. Antibiotika ordinujeme v kombinaci. Podáváme imunoglobuliny. Pokud již vznikne nekróza a perforace střeva, je nutné přistoupit k chirurgickému řešení, kdy prognóza je velmi vážná. V 40% dochází k úmrtí novorozence. Šetrné ošetřování, předcházení hypoxickým stavům, minimalizace invazivních metod a vstupů, zabránění poklesu krevního tlaku a postupné a pozvolné zahájení perorální výživy je nejúčinnější prevencí vzniku NEC. (Fendrychová a Borek, 2012)

### 3.6 Patologická hyperbilirubinémie

Nejčastější příčinou patologické nekonjugované hyperbilirubinémie je Rh inkompatibilita. Anti D protilátky matky pronikají přes placentu a způsobují hemolýzu erytrocytů plodu. K projevům hemolýzy patří anémie a hyperbilirubinémie. Volný nekonjugovaný bilirubin je neurotoxický a může způsobit hyperbilirubinovou encefalopatii. Při těžkém průběhu Rh inkompatibility vzniká hydrops plodu vedoucí až k úmrtí plodu. Absolutní hladina nekonjugovaného bilirubinu, která by byla již toxická, není přesně určena a závisí na nezralosti dítěte a rychlosti nárůstu nekonjugovaného bilirubinu. K hodnocení závažnosti používáme Hodrova – Poláčkova grafu. Podle hodnot bilirubinu z krve novorozence a hodin od porodu, zjistíme, v kterém pásmu tohoto grafu se nalézáme. Od tohoto pásma se odvíjí následná léčba. Léčba spočívá ve fototerapii, parenterální výživě a zcela ojediněle ve výměnné transfúzi. Rh inkompatibilita se může projevit v druhém a dalším těhotenství. Prevencí jejího rozvoje je aplikace anti-D-imunoglobulinu Rh negativním matkám po porodu Rh pozitivního dítěte. (Černá, 2015)

### **3.7 Anémie nedonošených novorozenců**

Na anémii z nezralosti se podílí více faktorů. K těmto faktorům patří zkrácené přežívání erytrocytů, nízká hladina erytropoetinu, rychlý růst dítěte, nízké zásoby železa a v neposlední řadě iatrogenní ztráty.

Personál, který tyto děti ošetřuje, by měl mít na paměti, že opakované odběry krve, anémií prohlubují a indikovat tyto odběry jen v nejnutnějších případech. K příznakům anémie patří zvýšená srdeční akce, apnoické pauzy, poruchy prokrvení, únava při sání, celková apatie, váhové neprospívání. (Zoban, 2012)

K léčbě anémie využíváme transfúzi erytrocytárního de leukotizovaného ozářeného koncentrátu. Použití tohoto koncentrátu je přísně indikováno, neboť nese sebou možná rizika. Jako maximální dávka podané transfúze se udává 10-15ml/kg. Později můžeme podávat přípravky železa a erytropoetin u nezralých novorozenců. (Fendrychová a Borek, 2012)

### **3.8 Retinopatie z nezralosti**

K retinopatii (ROP) vede mnoho faktorů jako je silná nezralost, hyper a hypoxie, septické stavy, transfúze krve a jiné. Retinopatie znamená poruchu vývoje sítnice předčasně narozených dětí, kdy dochází k abnormálnímu růstu sítnicových cév. S nezralostí stoupá i možnost vzniku ROP. K rizikovým faktorům patří déle podávané vyšší koncentrace kyslíku, prudké změny koncentrace kyslíku, umělá plicní ventilace, apnoické pauzy, septické stavy, krvácení do CNS, anémie. Rozlišujeme pět stádií. Nejtěžší poškození vede k jednostranné nebo oboustranné slepotě. V této oblasti je důležitá nejvíce prevence. Řádně vedená oxygenoterapie. Sestra pružně reguluje přívod kyslíku aktuálním změnám saturace na monitoru. Nezralí novorozenci jsou pravidelně vyšetřováni oftalmologem. První vyšetření je indikováno ve 32. týdnu postkoncepčního věku. Následná vyšetření indikuje oftalmolog podle svého uvážení, většinou v rozmezí 1-2 týdnů. Sestra při vyšetření asistuje, fixuje hlavičku ve správné poloze, uklidňuje dítě pomocí nefarmakologických

prostředků. Dále jsou děti sledovány oftalmologem pro vznik možných komplikací. (Odehnal, Malec, 2014)

## **4 Ošetrovatelské postupy v péči o nezralého novorozence**

Nezralost sebou nese rizika, které se po porodu projevují nevyzrálostí plic, oběhovou nestabilitou, poškozením mozku, nevyzrálostí gastrointestinálního traktu, ledvin, termolabilitou, metabolickými problémy (hypoglykémie, hypokalcémie, hyperbilirubinémie), nezralostí imunitního systému, které se projevuje náchylností k infekcím.

Nezralý novorozenec by měl být porozen na pracovišti, kde je k dispozici jednotka intenzivní péče. Pokud dochází k porodu extrémně nezralého dítěte, tento porod by měl být veden v perinatologickém centru intenzivní péče. V České republice péči o nezralé děti rozdělujeme do třech stupňů. Porodnice prvního stupně, kde se mohou léčit novorozenci, kteří nepotřebují intenzivní péči. Dále to jsou perinatologická centra intermediální péče, kde se rodí děti od 31. týdne těhotenství. Třetím stupněm jsou perinatologická centra intenzivní péče, která pečují o těhotné ženy s vážným rizikem a o novorozence narozené od 24. týdne těhotenství a jakoukoliv váhou. Tato centra jsou rozmístěna po celé republice. Většinou to jsou fakultní a krajské nemocnice a úroveň péče je ve všech centrech srovnatelná. Rozmístění center zaručuje dostupnost v každém kraji. (Dort a kol., 2011)

### **4.1 Ošetřování nezralého novorozence po porodu**

Péče po porodu zahrnuje především snahu o udržení tělesné teploty. Box prvního ošetření musí být dostatečně vyhřátý. Většinou předčasný porod je gynekology hlášen na neonatologickou jednotku intenzivní péče, kde sestra je povinna připravit vše potřebné k příjmu takového novorozence. Tato příprava zahrnuje vyhřátí inkubátoru, podle týdnu nezralosti a nastavení vlhkosti. Inkubátor se většinou vyhřívá na 36 stupňů a vlhkost nastavuje v rozmezí 40 – 60%. Všechny pomůcky na oddělení musí být funkční. Inkubátor a jeho příslušenství je vždy kontrolováno a doplňováno při desinfekci a finálním úklidu po předešlém novorozenci. Tímto se předchází prodlení z důvodu nějaké poruchy nebo nefunkčnosti.

U porodu předčasně narozeného dítěte je potřeba dvou sester a jednoho lékaře – neonatologa.

Na porodním sále dítě osušíme předeřátou plenou nebo rouškou. Pokud používáme ke ztrátám tepla plastickou fólii, zabalíme dítě do této fólie bez předešlého osušení plodové vody. I tato folie musí být předeřátá. Z těla dítěte ji sejmem, až po uložení do vyhřátého inkubátoru. V některých případech použití této folie není vhodné nebo je dokonce kontraindikováno např. puchýřkaté onemocnění, obličej, pokud je dítě vloženo do vyhřívajícího vaku, použití déle jak 24 hodin po porodu. Folie se většinou ponechává 1 hodinu po porodu. Dítěti připevníme saturační čidlo na pravou horní končetinu k měření srdeční akce a saturace krve kyslíkem. V prvních minutách se lékař řídí poslechem pomocí fonendoskopu. (Fendrychová a Borek, 2012)

K dalšímu ošetření novorozence patří odsátí dýchacích cest. Tento výkon se neprovádí rutinně, pouze při velkém zahlenění, při podezření aspirace plodové vody, při zahájení insuflace ambuvakem a maskou, při intubaci. Odsátí indikuje lékař, který pohledem nebo poslechem zjistí velké zahlenění, které brání správnému dýchání. Nejprve odsáváme dutinu ústní, potom dutinu nosní a nosohltan. Odsátí musí být velmi rychlé a zároveň šetrné. K odsávání volíme pouze takový podtlak, který nám nepoškodí sliznice, což je 6 – 8 kPa. (Fendrychová a Borek, 2012)

Pokud není nutné přistoupit k resuscitaci, ošetříme pupečník speciální svorkou nebo sterilní gumou. Dítě zvážíme, od měření se postupně opouští. Děti se měří až v dalších dnech po porodu. Velmi důležitá je identifikace novorozence. Tuto identifikaci provedeme speciálním nerozpojitelným náramkem. Ten musí obsahovat tyto údaje: jméno a příjmení dítěte, číslo porodu, datum narození, včetně hodiny a minuty, pohlaví a jméno matky. Je velmi důležité připevnit náramek tak, aby nedošlo k jeho sejmutí nebo naopak dítě neškrtit. (Fendrychová a Borek, 2012)



K prevenci konjunktividy používáme Ophtalmo- Septonex vkápnutím jedné kapky do každého oka. V roce 1997 se podle doporučení České Neonatologické společnosti dochází ke změně v aplikaci Ophalmo – Septonexu. Oči vykapeme již na porodním sále a podruhé s odstupem času na oddělení- tzv. dvoustupňová laváž. Dáváme pozor, aby roztok nepřetekl z jednoho oka do druhého a přebytek otřeme mulovým čtvercem. (Fendrychová a Borek, 2012)

Kanavit (vitamín K) jako prevence krvácivé nemoci novorozenců se nepodává bezprostředně po porodu. Jeho aplikaci směřujeme do období 3 – 6 hodin po porodu. U nedonošených novorozenců před 32. týdnem gestace se podává 0,2mg/kg intravenózně a dále pak je nutné dávky opakovat. Pokud podáme 0,3mg/kg intramuskulárně není nutno dávku již opakovat ani přecházet na perorální profylaxi. Novorozencům narozeným v rozmezí 32. – 36. týdnu gestace, podáváme 0,3mg/kg intravenózně, nebo dávku zvýšíme na 0,5mg /kg intramuskulárně a opět další profylaxe není nutná. (Fendrychová a Borek, 2012)

Pokud stav dítěte dovolí, tak i nezralí novorozence přikládáme již na sále matce k prsu. Mnohé studie ukazují, že včasný kontakt dítěte s matkou spouští tvorbu emocionálních vazeb mezi matkou a dítětem. Doba krátce po porodu se vyznačuje vývojovou senzitivní fází. Pokud z nějakého důvodu dítě přiložit nemůžeme, je velmi důležité snažit se o navázání kontaktu matky a dítěte náhradními metodami. Včasné zapojení do péče, klokánkování, hlazení. (Chvílová–Weberová, 2013)

Bonding znamená připoutání. Připoutání dítěte k matce a naopak. Zde již začíná podpora matky a první kontakt s dítětem a zároveň s ošetřujícím personálem je velmi důležitý pro vybudování důvěry a profesionálního vztahu. (Fendrychová a Borek, 2012)

## **4.2 Resuscitace nezralého novorozence**

Resuscitaci zahajujeme při asfyxií novorozence. Zahájit neprodleně resuscitaci musí být schopen každý tým, který je přítomen u porodu, jak již

donošeného nebo nedonošeného novorozence. Zabezpečení novorozence v prvních minutách po porodu ovlivňuje kvalitu následného života a eliminuje možné příčiny pozdních následků. Na správné provádění resuscitace jsou v každé nemocnici 1x ročně prováděny audity a zaškolení v resuscitaci je zahrnuto v adaptačním procesu při příjmu nové sestry absolventky. Neonatologická sestra musí být schopna neprodleně zahájit resuscitaci a pokračovat v ní do příchodu lékaře. Nadále se ujme asistence. Funkční přístroje a pomůcky musí být vždy pečlivě kontrolovány, toto je náplní neonatologické sestry, která za jejich funkčnost zodpovídá. (Matušková, 2012)

#### **4.2.1 Indikace a kontraindikace zahájení resuscitace**

Pokud po vybavení novorozence dochází k poruše dýchání, která může být spojena s poruchou krevního oběhu, indikujeme zahájení resuscitace. Hodnocení Apgar skóre není indikací k resuscitaci, neboť se toto skóre hodnotí v 1. minutě, tím bychom nutnost resuscitace oddálili. Kontraindikací jsou závažné stavy, kdy by se resuscitace stala marnou, a tudíž by vedla k prodlužování umírání nebo utrpení. (Straňák, 2015)

#### **4.2.2 Provedení resuscitace**

Resuscitaci provádíme s cílem zabránění poškození mozku obnovou dýchání a krevního oběhu. Resuscitace je proces po sobě navazujících pěti fází. V průběhu resuscitace opakovaně hodnotíme stav, řešení a další proces provádění úkonů. Lékař ukončuje resuscitaci tehdy, pokud ani po 15 minutách adekvátní resuscitace nedošlo k obnovení vitálních funkcí. Nebo naopak došlo o obnovení cirkulace a spontánní ventilace. Provádění resuscitace je neustále inovováno na základě velkých studií, které se opírají o důkazy.

Velkou změnou je podávání kyslíku při resuscitaci na porodním sále. Není žádoucí resuscitovat s vysokými koncentracemi a je možné resuscitovat pouze vzduchem. U nezralých novorozenců předcházíme především tepelným ztrátám, insuflujeme nízkými dechovými objemy a kontrolovaného pozitivního přetlaku

(Neopuff). Novorozencům pod 27. týden gestace aplikujeme surfaktant již před prvním vdechem. Jednotlivé úkony provádíme podle pomůcky ABCD, která nám označují počáteční písmena anglických slov. (Straňák, 2015)

### **A – airway (dýchací cesty)**

Pro zajištění průchodnosti dýchacích cest je důležitá správná poloha dítěte na zádech v neutrálním postavení s podložením ramének. Odsávání není rutinně doporučováno pro riziko vyvolání bradykardie, indikací k odsávání je obstrukce dýchacích cest (mekonium, krev, hlen). Dítě položíme na tvrdou podložku a nejprve odsajeme dutinu ústní, nosohltan a nakonec dutinu nosní. Používáme cévku s centrálním otvorem, která nám umožní přetlak přerušovat. V některých případech odsáváme dítě s použitím laryngoskopu. (Straňák, 2015)

### **B – breathing (dýchání)**

Pokud po porodu dítě nedýchá nebo je dýchání nedostatečné, je prioritou zajištění provzdušnění plic. Insufiaci zahajujeme pěti inflačními vdechy, dále pokračujeme frekvencí 30 – 60 vdechů za minutu, inflační tlak 30 – 40 cm H<sub>2</sub>O. Insufiaci provádíme ambuvakem nebo přístrojem Neopuff přes masku. Adekvátní ventilace a inflace plic vede obvykle rychle k úpravě akce srdeční během 30 vteřin. U nedonošených novorozenců s ohledem na lehce zranitelné plíce použijeme inflační tlak 25 cm H<sub>2</sub>O. U donošených novorozenců zahajujeme insufiaci vzduchem, u nedonošených je nutné kyslík dávkovat dle saturace měřené pulzním oxymetrem. Čidlo umísťujeme na pravou horní končetinu. (Straňák, 2015)

### **C – circulacion (krevní oběh)**

Indikací k srdeční masáži je tepová frekvence pod 60/minutu nebo asystolie. V současné době je doporučována technika použití dvou palců stlačováním hrudní kosti proti páteři v hloubce 1/3 předozadního průměru. Hrudní kost stlačujeme na rozhraní střední a dolní třetiny. Je nutné i při masáži zajistit ventilaci a proto je

výhodné pokud resuscitaci provádějí dvě osoby. Poměr vdechu a kompresí je 1:3. Kontrolu akce srdeční provádíme vždy po 30 sekundách. Pokud se nám nepodaří akci srdeční znormalizovat, je nutné přistoupit k podání adrenalinu. (Straňák, 2015)

## **D – drugs (medikamenty)**

### **Používané léky:**

- ADRENALIN ředěný 1:10 000, který lze opakovaně podávat každých 3- 5 minut
- BIKARBONÁT SODNÝ 4,2%
- VOLUMEXPANZERY při podezření na šokový stav, při velké krevní ztrátě. Používáme izotonické roztoky (fyziologický roztok) nebo krev 0 Rh negativní.

K aplikaci léků využíváme pupeční žílu, periferní žílu. Intraoseální aplikace se běžně nepoužívá. (Straňák, 2015)

### **4.2.3 Poresuscitační péče**

Pokud je resuscitace úspěšná, vyžaduje novorozenec intenzivní péči, která je zaměřena na monitorování a stabilizaci vitálních funkcí. K léčbě patří ventilační podpora, oxygenoterapie, podpora oběhu (volumexpanze, katecholaminy). Sledujeme hodnoty vnitřního prostředí, iontů, krevního obrazu, zánětlivých parametrů. Většinou dochází k oligurii až anúrii a je nutné sledovat příjem a výdej tekutin (diurézu). Výživu a energii novorozenci zajišťuje parenterální podávání tekutin. Případně křeče a zvýšenou dráždivost ihned hlásíme lékaři, který indikuje podání sedativ. V poresuscitační péči je velmi důležitá ošetrovatelská péče zkušené neonatologické sestry. Tato péče musí být velmi citlivá, něžná, ale zároveň je nutné včasné rozlišit negativní zhoršení stavu a efektivně spolupracovat s lékařem. (Matušková, 2012)

### **4.3 Distenzní terapie**

V neonatologii používáme zkratku CPAP. V dýchacích cestách pomocí této terapie zajistíme trvalý přetlak, který je vyšší než tlak přirozený. Tento přetlak zajišťuje menší dechovou námahu nezralého novorozence a plíce na konci výdechu nekolabují, není nutné zvýšené úsilí při každém nádechu. Podmínkou použití CPAP je zachování spontánní ventilace a použití není vždy vhodné. Nejčastěji se k aplikaci distenzní terapie používají nazální kanyly a masky. K výhodám této terapie patří především menší zátěž pro novorozence, než je tomu u umělé plicní ventilace (UPT) a nutnost endotracheální intubace. K ošetrovatelské péči patří sledování těsnosti kanyl nebo masky, minimalizace otlaků, fixace nesmí, omezovat dítě. Dále nám umožňuje snížit koncentraci kyslíku a negativní důsledky poškození plic vlivem UPT. (Juren, 2012)

### **4.4 Zavádění nasogastrické a orogastrické sondy**

K zavádění NGS/OGS přistupujeme, pokud je nutné podávání výživy, léků, dekomprese žaludku nebo k získání žaludečního obsahu na vyšetření. Nejprve zvolíme vhodnou sondu, která musí být sterilní. Zajistíme monitoraci dítěte při vlastním výkonu a dodržujeme zásady hygieny rukou. Sondu pečlivě naměříme, toto místo viditelně označíme. Konec sondy zvlhčíme, vsuneme ji kolmo do nosní dutiny a nosohltanu, počkáme, až dítě polkne, a pak dále zavádíme, pokud nedosáhneme naměřené délky. Ověříme správnou polohu aspirací žaludečního obsahu nebo použitím stříkačky se vzduchem a poslechem fonendoskopem. Sondu zafixujeme a kontrolujeme její polohu při každém použití. (Fendrychová a Borek, 2012)

### **4.5 Venózní katetrizace**

Katetrizaci provádíme při odběru vzorků na vyšetření, k aplikaci léků, roztoků a nutnosti parenterální výživy. Používáme kanyly se zavaděčem velikosti 23 – 25 G. Celý postup musí být prováděn přísně asepticky za použití sterilních pomůcek. Lékař vybere vhodnou věnu ke katetrizaci a sestra asistuje. Kanylu fixuje ke kůži transparentním krytí, které umožňuje sledovat neustále místo

vpichu a průběh vény. Ošetrovatelská péče sestry spočívá v časném odhalení známek infekce, infiltrace a zamezení rozvoje flebitidy. (Dort a kol., 2011)

#### 4.6 Oxygenoterapie

Cílem léčby kyslíkem je udržet nebo obnovit potřebné zásobení tkání kyslíkem a zároveň nevyvolat hyperoxemii. Oxygenoterapie má dané indikace, dávkování, vyžaduje sledování a může mít nežádoucí účinky (poškození plic, NEC, ROP). Indikací oxygenoterapie je hypoxie. Podávaný kyslík musí být přehřátý a zvlhčený. Podává se inhalačně (do inkubátoru, maskou, pomocí kyslíkového stanu nebo nosních kanyl) nebo insuflací (ventilací vakem a maskou, při podpoře nCPAPem, UPV). Monitorování léčby se provádí pulzním oxymetrem nebo vyšetřením ABR. (Juren, 2012)

#### 4.7 Bariérový systém ošetřování

Systém bariérového ošetřování spočívá ve speciálním přístupu k pacientovi jako ke zdroji infekce, tohoto pacienta ošetřujeme tak, abychom zabránili přenosu infekce. Nejdůležitější bariérou proti přenosu infekce je práce ošetřujícího personálu. Do této bariéry patří přesné postupy v přijímání novorozenců i jejich matek, plán dezinfekce a sterilizace, zacházení s čistým a špinavým prádlem, příprava a podávání stravy, hygiena rukou, provádění invazivních výkonů, zacházení a likvidace biologického materiálu, režim návštěv, používání antibiotik.

Na oddělení neonatálních JIP platí určité zásady:

- a) **Seskupování pacientů** – na počátku směny si sestra převezme určité pacienty, které ošetřuje po celou dobu své směny. Pouze druhé sestře pomáhá při náročných úkonech. Sem patří, např. endotracheální odsávání, výměna infuzních setů u centrálních vstupů, resuscitace dítěte.
- b) **Desinfekce rukou** – tento úkon je nutné provést vždy před a po kontaktu s dítětem a pomůckami

- c) **Použití jednorázových rukavic** – je nutné při možnosti potřísnění biologickým materiálem, při příjmu dítěte po porodu, při ošetřování invazivních vstupů a jejich okruhů.
- d) **Materiál a pomůcky vyčleněné pro dítě** – u každého inkubátoru, vyhřevného lůžka nebo postýlky je nutné mít pomůcky výlučně jen pro dané dítě, např. teploměr, fonendoskop, resuscitační vak, odsávačku, kosmetické přípravky, desinfekci na ruce v dávkovači.
- e) **Aseptická příprava infuzních roztoků** – provádí se v laminárním boxu za přísné asepse. Velmi často se příprava těchto roztoků přenechává ústavní lékárně.
- f) **Izolování dítěte** – pokud se na oddělení vyskytnou nozokomiální infekce, je nutné dítě izolovat a zajistit zvláštní protiepidemiologický režim – ochranné pláště, ústenky, rukavice a intenzivní dezinfekce rukou před vstupem do izolačního boxu nebo pokoje. Naopak při opouštění tohoto boxu je nutné se nejprve svléct a všechny ochranné pomůcky zlikvidovat do odpadkového koše s infekčním materiálem, který je umístěný přímo na boxu. Dbáme také na dezinfekci okolních ploch a pomůcek.

Dodržování přísné asepse je jedním z pravidel správné ošetrovatelské péče na JIP. (Dort a kol., 2011)

## 5 Psychologie v neonatologii

V této části mé práce se zabývám komunikací s rodiči předčasně narozených dětí. Pokud je matka od svého dítěte po porodu oddělena, což při porodu předčasně narozených dětí bývá ve většině případů, nebývá snadné znovu navázat vztah matka – dítě. K podpoře budování tohoto vztahu patří umožnit rodičům (hlavně matkám) včasné zapojení do péče, být neustále v kontaktu s rodiči a nést za tuto péči zodpovědnost. Někdy sestry bojují s myšlenkou, že pokud by rodiče nechali jen přihlížet, péči o dítě prováděly samy, pracovalo by se jim lépe a rychleji. Ze studií vyplývá, že rodiče jsou nejlepšími ošetřovateli pro své dítě, proto je nutné, aby sestry správně zvolenou komunikací a edukací, rodiče zaučili v péči o předčasně narozeného novorozence. (Dokoupilova, 2016),(Fendrychová, 2012)

### 5.1 Obecné zásady komunikace

Lidská komunikace je složitý proces, který patří k základní bio-sociální výbavě člověka. Tato výbava se liší dědičnými dispozicemi, individualitou, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině. (Linhartová, 2007)

**Verbální komunikace (slovní)** – může být psaná nebo mluvená. Řeč i psaná forma má svá specifika a pravidla. K verbální komunikaci používáme artikulovanou řeč, která nám slouží k dorozumívání se mezi sebou navzájem, ale také k vyjádření myšlenek.

**Neverbální komunikace (řeč těla)** – neverbální projevy nelze v komunikaci podceňovat. Pokud během rozhovoru něco sdělujeme, neverbální komunikace je nedílnou součástí. Lidé si více všímají postoje těla, výrazu obličeje, tónu hlasu a mnohdy nepostřehnou, co je obsahem rozhovoru. (Linhartová, 2007)

Neverbální projevy ošetřujícího personálu při komunikaci s rodiči dítěte často odrážejí, jak se rodiče při této komunikaci cítí. Tyto projevy nejsme schopny



mít úplně pod kontrolou, jako projevy verbální, ale osvojením si základních pravidel, je možné navodit příjemnější a důvěrnější atmosféru a vyvarovat se případných komunikačních chyb. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015)

### 5.1.1 Zásady neverbální komunikace

**Oční kontakt** je důležitým projevem neverbální komunikace. Pokud jsme schopny při rozhovoru udržet oční kontakt, vzbuzujeme v druhém důvěryhodnost a zájem o jeho osobu. Pohled do očí je nutné občas vystřídat s ohlédnutím. Přímý pohled do očí je časově omezen na tři minuty, kdy očima sledujeme rty, odkloníme hlavu a znovu oční kontakt obnovíme. (Linhartová, 2007)

Pokud nám matka předčasně narozeného dítěte sděluje svoje pocity, je pravděpodobné, že bude chtít odvrátit pohled jinam. Naopak pokud zdravotník neustále očima těká po místnosti, kouká do země nebo nezvedne hlavu od chorobopisu, působí to na rodiče velmi negativně a rozhodně toto chování nepodpoří důvěru v ošetřující personál. (Janáčková, Kantor, 2015)

Zcela nevhodný je upřený kontakt při vstupu zdravotníka do intimní zóny ženy (např. kojení), nepřipustné jsou různé úšklebky, grimasování, oči sloup.

**Mimika** je nedílnou součástí komunikace. Kvalitním a mocným prostředkem v mimice je úsměv. Tím sdělujeme zájem o druhou osobu a ochotu naslouchat nebo pomoci. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015)

**Gestika** zdůrazňuje, co je podstatné, uceluje obsah sdělení. Pokud zdravotník kouká nervózně na hodinky, větu dokončuje na odchodu z pokoje, dává rodičům najevo netrpělivost a tím odradí rodiče od případných otázek. „*Nebudeme pana doktora zdržovat!*“ „*Sestřička má hodně práce, radši se na nic neptej!*“ Toto jsou myšlenky rodičů, pokud se při komunikaci s nimi nezastavíme a dáváme najevo gesty, že máme spoustu práce a oni nás zdržují. Většinou ošetřující personál má opravdu mnoho práce, ale to při rozhovoru s rodiči nesmíme dávat najevo. Použití gest pomocí rukou umocňuje to, co říkáme a obsah

je lépe zapamatovatelný. Pokývnutí hlavou naznačuje, že druhému věnujeme pozornost a jeho obavy chápeme nebo přání respektujeme. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015)

**Haptika** se v neonatologii demonstruje podáním ruky při prvním kontaktu rodičů s ošetřujícím personálem. V dnešní době je představení lékaře nebo sestry, které pečují o nezralé dítě, samozřejmostí. Rodič má právo znát jména zdravotníků. Ruku podáváme celou, ne pouze prsty a stisk by měl být přiměřený a pevný. Dalším projevem haptiky je poklepání po rameni nebo pohlazení po ruce. (Linhartová, 2007)

*„Dojem z dotyku podané ruky je součástí prvního dojmu. Ve vtisku ruky je obecně spatřován „klíč k povaze“, sehrává svou roli v dalším vytváření vztahu ke kontaktované osobě, aniž bychom si to přáli a také uvědomovali.“* (Linhartová, 2007)

**Posturika** vyjadřuje postoj těla, který signalizuje aktuální emoční stav. Stojíme-li rovně s otevřenými dlaněmi a náručí, dáváme najevo svůj zájem, ochotu se druhému věnovat. K přátelské atmosféře přispívá i stejný postoj, jaký zaujímá osoba, s kterou komunikujeme. Pokud matka sedí a například klokánkuje, je vhodné, aby lékař při svém sdělení, nestál nad matkou, ale přisedl vedle. Tím se vyvaruje nadřazenosti a vyjadřuje rovnocenný vztah. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015)

**Proxemika**, znamená vzdálenost, na jakou spolu lidé komunikují. Rozlišujeme čtyři základní zóny.

**Veřejná zóna** je neosobní na vzdálenost od 360 cm. V této zóně probíhají konference, schůze. Člověka vnímáme jako celek.

**Společenská zóna** se nachází v rozmezí 120-130 cm. Odehrává se zde běžný styk s lidmi, obchodní jednání, školní aktivity.

**Osobní zóna** se nalézá v rozmezí 46-120cm. Do této zóny dovoluujeme vstup blízkým lidem, přátelům. V této zóně probíhá podání ruky. Je velmi důležité, nevědomě nepřejít do zóny intimní.

**Intimní zóna** znamená blízkost od 0-46 cm. Její narušení vnímáme jako projev lásky, intimity nebo naopak narušení soukromí, aroganci a nevhodné chování. Pokud někdo bez varování vstoupí do intimní zóny druhého člověka, objevují se somatické projevy.(např. zrychlená tepová frekvence, krevní tlak). (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, Linhartová, 2007).

Sestry na JIP neustále vstupují do intimní zóny rodičů. U matek to je především zacvičování kojení. U otců vstupují do jejich intimní zóny při klokánkování, které není určeno pouze pro matky. Je důležité na vstup do intimity rodičů upozornit a nejprve požádat o svolení. „*Smím Vám s přiložením dítěte pomoci?*“

K správné komunikaci přispívá i volba vhodného prostředí. Klidná, prosvětlená místnost, bez rušivých projevů je vhodnější, než neosobní chodba. Ne vždy jsou nemocnice takovou to místností vybaveny. Personál by se měl snažit, zajisti intimitu, osobní prostředí. Rodiče si také všímají tonů hlasu, rychlosti řeči, celkového vyjadřování. Pokud se snažíme dodržovat doporučení popsané v této kapitole, navážeme vztah, rodiče-zdravotník snáze.

## 5.2 Komunikace v neonatologii

K navázání důvěry a spolupráce mezi zdravotníky a rodiči je nezbytná dobrá komunikace. Vyjádřit podporu v okamžiku, kdy to matka potřebuje, poskytnout srozumitelné informace, je důležitým okamžikem, jak získat důvěru rodičů.

Přestože zdravotníci i rodiče mají stejný zájem o to, aby dítě bylo zdravé, situace a postavení rodičů je v submisivní úrovni. „*Zdravotník je profesionál, který chce v první řadě dobře odvést svou práci, a i když se snaží matce porozumět a vžít se do jejich pocitů, nebývá na jejím osudu emočně angažován.*“

*Jakkoliv se postavení rodičů v systému neonatální péče zlepšuje, asymetrie ve vztahu rodiče – zdravotník je ve své podstatě nezrušitelná.“ (Takács, Sobotková, Šulová, 2015)*

Informování rodičů o stavu jejich předčasně narozeného dítěte je nezbytnou a prvotní komunikací s ošetřujícím personálem. Rodiče by informace měli obdržet, co nejdříve po narození dítěte, neboť stres který prožívají, se prohlubuje tím více, čím jsou informace déle podány. Rodiče se nacházejí v těžké životní situaci, proto mají být informace adekvátní, srozumitelné a jasné. Také je důležité rodičům poskytnout čas na vstřebání těchto informací a prostor pro kladení otázek.

### **5.3 První komunikace s rodiči**

Pokud se narodí nezralé dítě, obvykle první komunikace probíhá s otcem dítěte, neboť matka leží ještě na porodním sále. Většina otců není na předčasný nebo komplikovaný porod a následnou dlouhodobou hospitalizaci vůbec připravena. Prožívají strach a úzkost nejen o své dítě, ale také o partnerku. Tatínkům se snažíme, co nejdříve ukázat jejich dceru nebo syna. Pohled na tak křehké a drobné tělíčko mnohé z nich vyděsí. Sestra v tuto chvíli navazuje s otcem kontakt např. sdělením váhy, popovídáním o jméně a tím prolomí bariéru úzkosti a ohromení. Muži si většinou všímají přístrojů v okolí dítěte a jejich otázky se týkají funkcí těchto přístrojů. Mnohé z nich zajímají čísla na monitoru vitálních funkcí a chtějí být ujištěny, že tyto čísla odpovídají normě. (Janáčková, Kantor, 2015)

Mezi první dotazy tatínků patří, kdy asi dítě půjde domů. Lékař informuje otce o aktuálním zdravotním stavu a předběžně nastíní zdravotní vývoj. Sestra po odchodu lékaře nabídne možnost vyfotografování dítěte a umožní první fyzický kontakt v podobě jemného dotyku. Všichni tatínci se bojí dotknout nezralého novorozence, ale pokud tento strach překlenou a sestra jim vysvětlí, jak velmi pozitivně dítě doteky vnímá, jsou nakonec rady, že jsou vlastně oni, kdo první dítě pohládil. (Janáčková, Kantor, 2015)

Matky z důvodu svého zdravotního stavu vidí své dítě mnohdy za několik hodin až dnů. Tyto hodiny jsou nekonečně dlouhé a myšlenky se ubíhají směrem na nezralé dítě. Většině matek probíhají v hlavě otázky. Jak moje dítě vypadá? Daří se mu dobře? Přežije to?

Pokud nastane čas a matka je schopna za svým dítětem přijít na JIP, opět je v prvním kontaktu se sestrou a uvítání matky navozuje budování důvěry. Většina lidí hodně přihlíží k prvnímu dojmu. Je nutné vhodně nastavenou verbální i neverbální komunikací vytvořit prostředí důvěry a profesionality. Pohled na dítě v inkubátoru vyděsí i matku. Spousta hadiček, přístrojů, které vytvářejí zvukové i světelné alarmy, působí pro laiky negativně. Lékař musí matce vysvětlit, že vše v okolí dítěte je nezbytné. Čím dříve se stav dítěte bude zlepšovat, bude ubývat i příslušenství a hadiček v okolí dítěte. V poslední fázi hospitalizace dítě bude potřebovat pouze postýlku a monitor dechu. (Dokoupilova, 2016)

Pokud to situace dovolí, je důležité maminky vybídnout, aby se svého dítěte dotýkaly, přestože se obávají, aby dítěti neublížily. Pokud matka vloží prst do dlaně, dítě se maminky chytne a tato situace většinu z nich rozpláče. Pouhé pozorování dítěte přes inkubátor, umocňuje v matekách pocit mateřství a naplní je nadějí a radostí.

Pokud matka dorazí na první návštěvu v doprovodu partnera, stává se oporou pro matku on. Sestra je v opodál a odpovídá na případné otázky. Umožní rodičům soukromí, aby první společnou chvíli se svým dítětem prožili samostatně, bez rušivých projevů.

Honzák (1999) považuje empatii (schopnost vcítit se do situace druhého), kromě komunikace, za první předpoklad vzájemného porozumění. Rodiče jsou rádi, pokud od zdravotníků cítí zájem, oceňují jejich péči o své dítě a mohou za nimi přijít s jakýmkoliv problémem.

*„Kdo neviděl nedonošené dítě, nemá představu, co uvidí. A to naše Janička vypadala dobře, měla krásnou barvu, kulatou hlavičku, jenom byla malinká,*

*drobná a vypadala jako stažený králíček. K tomu spousta hadiček a inkubátorů. Sestřička, která se o Janu starala, mi řekla, že si ji mohu pohladit. Hladila jsem ji a honilo se mi hlavou: “Tady leží moje dítě a já k ní nic necítím, jak je to jenom možné?” (Sobotková, Ditrichová a kol., 2009)*

*„Vzpomínám si ještě, že mi rodiče Honzíka později svěřili, jak bylo pro ně důležité, že je někdy sestřičky na oddělení JIP pozvaly, aby si s nimi jen tak popovídali. Sestřičky tak vykonaly neocenitelnou službu, kterou bychom mohli bez nadsázky nazvat podpůrnou terapií.“ (Sobotková, Ditrichová a kol., 2009)*

Vstřícné chování sester může být pro rodiče podporou. Pouhé popovídání a vyslechnutí, je nesmírně důležité jak pro matky, které v nemocnici tráví dlouhé týdny, tak pro rodiče, kteří za svým dítětem dojíždějí. Rodiče nedonošených dětí se občas ostýchají mluvit o svých pocitech, obavách. Stydí se, že někdy v prvních hodinách po porodu necítí žádné mateřské pocity a lásku k dítěti. Neznamená to, že jsou nebo budou špatnými rodiči, jen na tuto náročnou životní situaci nebyli připraveni, a proto většina z nich kromě obav a úzkosti, cítí v hlavě i duši velký zmatek. Kontakt a péče o dítě jsou velmi důležité k navázání vztahu a k vybudování pevného pouta.

Na JIP převládají léčebné a ošetrovatelské činnosti nad uspokojováním psychosociálních potřeb rodičů. Je nutné si najít chvíli času i na potřeby rodičů. Fendrychová (2012) uvádí, že zajištění kontaktu a včasné zapojení rodičů do péče, je metoda, která předchází citovým problémům, vznikajících v důsledku separace dítěte od matky. Každodenní dojíždění do nemocnice, jim způsobuje problémy, jak zajistit péči o děti, které mají již doma. Zajistit fungování rodiny a zároveň být nepřetržitě u nedonošeného novorozence, je mnohdy náročné až nemožné. Neonatologické sestry by měly vytvářet podmínky pro podporu rodiny a ve většině případů se jim to daří, ale stále je zde prostor pro zlepšení komunikace a včasné edukace. (Fendrychová, 2012)

## 5.4 Prostředí novorozenecké JIP

V 70 letech minulého století nedonošenecké JIP nepůsobily příliš vlídně. Nyní oddělení hýří barvami, na stěnách jsou pověšené obrázky s dětskými motivy nebo fotografie dětí, které postihl stejný osud, a narodily se také předčasně. Přesto je prostředí JIP pro rodiče stále stresující. Tento fakt je především umocněn obavami a úzkostí, kterou rodiče procházejí. Mnozí rodiče uvádějí, že na ně prostředí působí hlučně, bez soukromí, kde si nemohou vytvořit vztah se svým zranitelným dítětem. Přístroje a hadičky jsou důležité pro podporu vitálních funkcí. V tomto prostředí eliminuje nepříjemné pocity sestra, svou empatii a správnou komunikací. (Dokoupilová, 2016)

Stále je velmi důležité na neonatologických JIP dodržovat přídně hygienicko-epidemiologický režim, kterým zabráníme přenášení infekce mezi dětmi, kteří nemají vybudovanou imunitu. Infekce je jedna z nejzávažnějších komplikací, která nezralé dítě ohrožuje na životě.

Nemocnice v posledních letech vybudovaly v blízkosti neonatologických JIP pokoje pro matky dětí hospitalizovaných na těchto jednotkách. Matky mohou častěji nebo nepřetržitě být se svými dětmi a do pokoje chodí pouze odpočívat. Dále jsou vybudovány i pokoje intermediální péče, kde funguje systém roaming-in. (Fendrychová, 2012)

## 5.5 Sdělování špatné zprávy

Mezi nejobtížnější situace pro zdravotníka (lékaře) je sdělování špatných zpráv. U novorozenců se to týká například nutnosti operace, závažných komplikací nebo přeložení dítěte z důvodu nutné specializované péče.

Lékař při sdělování nepříznivé zprávy by neměl tuto zprávu sdělovat ve spěchu. V místnosti by neměli být přítomni cizí lidé pouze rodiče a lékař. Pokud musíme sdělit nepříznivou diagnózu, je nutné sdělovat ji obou rodičům najednou. Zprávy by měli být formulovány jasně a stručně. V první chvíli po sdělení zprávy,

žena není schopna přijímat další podrobnosti v důsledku emoční zátěže. K podrobnějším informacím se vrátíme později.

V případě podezření na závažnou diagnózu není vhodné okamžitě sdělovat nejhorší variantu. Rozhovor začínáme diagnózami méně závažnými, snažíme se vyvarovat unáhleného sdělení závažné diagnózy, pokud nemáme opravdu jistotu a diagnózu potvrzenou. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015),(Linhartová, 2007).

## **5.6 Základní principy podpory rodičů**

Ošetřující personál musí brát rodiče jako partnery. Pokud se budou zdravotníci chovat nadřazeně, žádná spolupráce nebude možná.

Dobrá a efektivní komunikace je nedílnou součástí spolupráce s rodiči. Zdravotníci se musí přesvědčit, zda rodiče jejich sdělení rozumí, používáme slova srozumitelná. Vyvarujeme se používání slov v latinském nebo anglickém jazyce. Vhodně položenými otázkami zjišťujeme, zda nás rodiče pochopili. V společné spolupráci rodiče informujeme, ale neradíme a obzvlášť nepoučujeme. Pokud rodiče učiní určité rozhodnutí, toto rozhodnutí respektujeme. (Fendrychová, 2012)

K podpoře rodičů (hlavně matek) je již pouhé oslovení důležité. Takács (2007) uvádí, že oslovení nedělký „maminko“ opomíjí sociální status ženy. Některým ženám vyřknuté z úst vstřícného a empatického personálu, vyhovuje. Více vhodným oslovením je „paní“, které je následováno příjmením ženy. Zcela nevhodné je hovořit o matce před matkou ve třetí osobě.

Při podávání informací je nutné zhodnotit, zda je žena informace schopna vnímat. Jak již bylo zmíněno, k vytvoření pouta mezi matkou a dítětem, přispívá zapojení matky do péče

## **5.7 Etika v neonatologii**

Donedávna možnost péče o nezralé novorozence, novorozence s asfyxií nebo s těžkými vadami byla velmi omezená. Nyní je úroveň neonatologie v České



republike srovnatelná s těmi nejvyspělejšími medicínskými obory. Tento vyhraněný obor sebou nese velké množství etických dilemat. Novorozenec postrádá autonomii ve smyslu svobodné volby, a je nutné, aby za něj rozhodovali zástupci, většinou rodiče. Novorozenec je odkázán na péči druhých a je zcela bezbranný. Je to bytost, která je schopna vnímat bolest, psychické i fyzické utrpení a disponuje svými právy. Právo na život, právo na redukci postižení v dalším životě, právo na zmírnění bolesti. Právo na potlačení hladu a žízně, právo na matku ale i otce. Právo na bezpečný porod a šetrné zacházení již během nitroděložního vývoje. (Kantor, 2012)

Velmi diskutované je právo na život. S tímto právem úzce souvisí neustálé hledání hranice životaschopnosti (viability), která se postupně snižovala a v současné době se tato hranice ukotvila u nás i ve světě na dokončeném 24. týdnu gestace. Tato hranice byla v červnu 2011 potvrzena Etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. (Kantor, 2012)

Životaschopnost (schopnost přežít mimo dělohu), má určité limity. K těmto limitům se řadí počet týdnů strávených v děloze. Také kvalita těchto týdnů odráží zdravotní stav novorozence a úspěšnost léčby. Životaschopnost ovlivňují ekonomicko - sociální a kulturní faktory. V důsledku dosavadního vývoje medicíny a použitím moderních přístrojů za hranici viability považujeme rozmezí 22. – 25. postmenstruačního týdne. V této době jsou plíce schopny efektivní výměny plynů. Toto období je také označováno jako *šedá zóna*, kdy nemáme zpočátku jistotu, zda naše rozhodnutí zachraňovat, bylo správné. Nemůžeme předpovědět důsledky našeho rozhodnutí, a přesto se musíme ihned rozhodnout. (Zlatohlávková, 2014)

K dalším ukazatelům, o které se opíráme při svém rozhodování, patří hmotnost, četnost těhotenství, pohlaví a podání antenatálních kortikoidů k dozrávání plic. Záleží, zda je porod takto nezralého plodu v *šedé zóně* veden v perinatologickém centru nebo v okresní nemocnici a pak je nutný transport, který většinou prognózu přežití bez postižení zhoršuje. Pokud se rozhodujeme o způsobu péče na hranici životaschopnosti, není možné se opírat o pevné standardy

a postupy péče a naše rozhodnutí se pohybují v oblasti medicínské a etické nejistoty. (Heřmanová, a kol., 2012)

*„ Zdali rozhodnutí jako takové bylo správné, je možné stanovit až zpětně. A to nejen z faktu, zda novorozenec přežije, ale i jak přežije, jaký bude jeho život (kvalita života) – ve střednědobé i dlouhodobé perspektivě, jaký bude život kolem něj (rodiče, rodina), jestli rodiče celou situaci ustojí nebo naopak na ní vztahové či jinak ztroskotají. “ (Kuře, 2015)*

*„ I při nejistotě a při operování s celou řadou nepočitatelných nebo jen velmi obtížně předvídatelných okolností a rizik může být takovéto rozhodnutí učiněné v nejistotě rozhodnutím správným, a to i tehdy, pokud celá situace dopadne jinak, než se z hlediska pravděpodobnosti a klinické zkušenosti jevílo (celý vývoj situace může například naprosto zvrátit nenadále nastalá závažná komplikace). Rozhodnout se vždy správně v situaci morální nejistoty není z povahy věci možné. Je však možné se i v takovéto situaci rozhodovat správným způsobem. Výsledek rozhodnutí – ať už bude jakýkoliv – neovlivní správnost rozhodování, jen potvrdí nebo vyvrátí správnost rozhodnutí. “ (Kuře, 2015)*

## **5.8 Zásady edukace v neonatologii**

Edukace ve zdravotnictví zaujímá podstatnou část ošetrovatelské péče o pacienta. Na edukaci je stále kladen stále větší důraz a v dnešní době tvoří nedílnou součást moderního ošetrovatelství. V oblasti neonatologie není edukace, především matek, v péči o své dítě pouhou výchovou, ale zároveň prostřednictvím edukace vyjadřujeme matkám nedirektivní podporu a pomoc. Prostřednictvím správně nastavené edukace jsme schopny matky dostatečně vybavit teoretickými i praktickými dovednostmi a tím zajistit zvládání této péče i v domácím prostředí. (Sedlářová a kol., 2008)

Zapojení matek do péče o své dítě je velmi důležité. Péče o předčasně narozené děti má svá specifika a je nutné edukaci o toto dítě pečlivě naplánovat a rozfázovat. Je důležité nejprve matku dostatečně teoreticky poučit. Zmínit se o možných komplikacích, jak jim předcházet a zároveň, jak na ně reagovat. S velkou výhodou se v teoretické části edukace využívají tištěné materiály ve

formě brožur. Sestra nejprve matce v praktické části edukace postupně předvede jednotlivé úkony a poté matka tyto úkony provádí pod přímým dohledem sestry. Podle potřeby je nutné matce pomoci, znovu vysvětlit jednotlivé kroky, pokud si v nich matka není jistá. Cílem edukace je zvládnutí péče matkou v domácím prostředí, proto sestra neprovádí úkony za matku, ale je jí vždy nápomocná, podporuje jí a učí. (Sedlářová a kol., 2008)

Během edukačního procesu sestra sleduje, jak si rodiče osvojují vědomosti, dovednosti v péči o své dítě. Edukace se týká nejen dítěte, ale především směřuje k výchově rodičů v péči o dítě. Jednorázové poučení je zcela nedostačující. Edukace v této oblasti se stává kontinuálním procesem, na kterém se podílejí všichni zdravotničtí pracovníci.

### **Edukaci dělíme na pět fází:**

#### **1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**

Edukátor se snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta.

#### **2. Fáze projektování**

Zde se edukátor snaží naplánovat cíle, volí vhodné metody, obsah edukace atd.

#### **3. Fáze realizace**

V této fázi je nutná motivace edukanta. Edukant nepřijímá pouze informace, ale aktivně se zapojuje do edukačního procesu. Získané vědomosti a dovednosti jsou neustále procvičovány a opakovány.

#### **4. Fáze upevnění a prohlubování učiva**

Tato fáze je nezbytná pro dlouhodobé procvičování a uchování dovedností a vědomostí v dlouhodobé paměti.

#### **5. Fáze zpětné vazby**

Hodnotíme výsledky edukanta, ale zároveň i kvalitu vlastní edukace ze strany edukátora. (Juřeníková, 2010)

Rodiče (především matky) zapojujeme do péče v oblasti klonování, které přináší velmi pozitivní výsledky jak pro dítě, tak i pro rodiče. Velmi důležité

je včasné zaměření na podporu laktace, nejprve ručním odstříkáváním mateřského mléka a následné použití dvoufázové odsávačky. Pokud zdravotní stav dítěte je uspokojivý, začínáme s přikládáním dítěte k prsu. Kojení většina matek vnímá velmi pozitivně a přispívá k navázání pevného pouta matky s dítětem, které je narušeno poporodní separací. V další fázi se matky pod dohledem sestry zaučují v hygienické péči a v dokrmování dítěte alternativními způsoby stříkačkou eventuelně kádinkou. (Zlatohlávková, 2012)

## **6 Výzkumná část**

Na podkladě mé dosavadní dlouholeté praxe a současného zájmu o zlepšení komunikace s matkami předčasně narozených dětí, jsem se rozhodla na oddělení intermediální péče, provést kvalitativní výzkum, který zmapuje pocity a potřeby matek předčasně narozených dětí. Tento výzkum by měl být nápomocen k zlepšení dosavadních komunikačních dovedností a dále by měl sloužit k zamyšlení ošetřujícího personálu nad emocemi, které matky předčasně narozených dětí prožívají, nad stylem komunikace a edukace těchto matek.

### **6.1 Cíl výzkumu**

Zjistit pocity matek předčasně narozených dětí, jejich spokojenost s informovaností o zdravotním stavu a edukací v oblasti ošetrovatelské péče.

### **6.2 Výzkumné otázky**

Vzhledem k uvedenému cíli jsem vytvořila čtyři výzkumné otázky.

1. Jaké pocity prožívají matky předčasně narozených dětí při prvním kontaktu se svým dítětem na oddělení JIP?
2. Jsou matky adekvátně a srozumitelně informovány o zdravotním stavu dítěte v průběhu celé hospitalizace?
3. Jak je hodnocena matkami předčasně narozených dětí komunikace s ošetřujícím personálem?
4. Jak je matkami hodnocena edukace v oblasti základní ošetrovatelské péče o dítě?

### **6.3 Plán**

- září 2016 – prosinec 2016 studium a shromažďování literatury
- říjen 2016 – březen 2017 rozhovory s matkami, analýza ošetrovatelské dokumentace

- březen 2017 – květen 2017 zpracování shromážděných odpovědí z rozhovorů s matkami

## **6.4 Realizace**

K vlastní realizaci výzkumu jsem prováděla v denní směně. Během péče o předčasně narozené děti jsem kladla otázky jejich matkám. V mé bakalářské práci prezentuji pouze odpovědi matek, které se zveřejněním souhlasily. Rozhovory trvaly průměrně 30 minut. S každou z matek jsem rozhovor uskutečnila za celou dobu hospitalizace dvakrát, vždy v době mezi jednotlivými intervaly krmení.

### **6.4.1 Otázky použité během rozhovoru s matkami**

**Otázka č. 1:** Byla jste dostatečně informována o možnosti předčasného porodu?

**Otázka č. 2:** Jaké byly Vaše pocity při prvním setkání se svým dítětem?

**Otázka č. 3:** Informace o zdravotním stavu Vám byly podávány srozumitelně a bez časové prodlevy?

**Otázka č. 4:** S komunikací a přístupem ošetřujícího personálu jste byla spokojená?

**Otázka č. 5:** Edukace v ošetřování Vašeho dítěte probíhala postupně a při propuštění do domácí péče jste si v ošetřování dítěte byla jistá?

Otázku číslo 1 a 2 jsem pokládala matkám s odstupem 4 – 5 dnů. Nebylo by etické zatěžovat matky otázkami dříve po porodu. Na otázku číslo 3 – 5 jsem se matek ptala 3 až 1 den před propuštěním. Před propuštěním do domácí péče, již matky zhodnotily rozsah edukace a mohly se vyjádřit k postupu edukace ošetřujícího personálu.

## **6.5 Metodika**

K zjištění potřebných údajů o zdravotním stavu jednotlivých předčasně narozených dětí, jsem použila ošetrovatelskou dokumentaci. Pomocí rozhovorů s matkami těchto dětí jsem získala potřebné odpovědi pro zpracování výzkumných otázek.

### **6.5.1 Analýza ošetrovatelské dokumentace**

K objektivnímu posouzení jedinců a stavu narozených dětí jsem použila prostudování ošetrovatelské dokumentace. V průběhu celé hospitalizace jsem sledovala záznamy v ošetrovatelské dokumentaci.

### **6.5.2 Rozhovory s matkami**

Ke sběru dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Měla jsem na sběr odpovědí dostatek času a rozhovory přizpůsobila momentální situaci a psychickému a fyzickému stavu matek.

K rozhovorům jsem přistupovala velmi citlivě a ohleduplně. Po domluvě s každou z oslovených matek jsme si vybraly místo, kde se rozhovor uskuteční. Šest matek si přálo při rozhovoru být u svého dítěte a držet ho v náručí. Čtyři matky využily prostředí návštěvní místnosti v dopoledních hodinách, kdy děti byly nakrmené nebo nakojené a spokojeně spaly.

## **6.6 Charakteristika výzkumného vzorku**

Společným znakem pro mé výzkumné šetření byl gestační věk, který se pohyboval v rozmezí 32. – 35. týdne. Všechny matky porodily své dítě na oddělení nedonošených v krajské nemocnici. Celý výzkumný vzorek tvoří 10 matek, které souhlasily se zveřejněním svých odpovědí v této práci. Celkem jsem oslovila 15 matek. Tři z této skupiny s rozhovorem nesouhlasily a zbylé dvě matky nedaly souhlas se zpracováním odpovědí, proto nejsou ve výzkumném vzorku zahrnuty.

### **Shrnuté anamnestické údaje matek:**

Věk oslovených matek se pohyboval v rozmezí 24 – 39 let. Čtyři matky podstoupily IVF a šest matek otěhotnělo přirozenou cestou. Polovina matek porodila spontánně záhlavím a druhá část císařským řezem. Dvě matky z deseti porodily dvojčata. U šesti matek se jednalo o první těhotenství. Čtyři matky byly těhotné podruhé.

### **Shrnuté anamnestické údaje dětí:**

Váha porozených dětí se pohybovala od 1520 g - 2350 g. Napojených na dechovou podporu (CPAP) bylo pět dětí. Zavedení OGS nebo NGS vyžadovalo osm dětí. Tři děti měly problém s častými apnoickými pauzami. U dvou dětí bylo nutné zahájit antibiotickou léčbu v důsledku vrozené infekce. U jednoho z dvanácti dětí lékaři kanylovali pupeční žílu.



## 7 Kazuistiky matek předčasně narozených dětí

### MATKA č. 1 PETRA:

- 33. letá prvorodička po IVF, hospitalizována 30dní
- porod 32+3 g.t., císařským řezem z důvodu polohy plodu koncem pánevním
- váha chlapce 1600 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 4-6-8, do půl hodiny po narození napojen na CPAP, zaveden PŽK , aplikována parenterální výživa, napojen na monitor vitálních funkcí, zavedena NGS

### ODPOVĚDI NA OTÁZKY:

**Č. 1:** „ S manželem jsme se velmi dlouho snažili počít dítě přirozenou cestou, bohužel se to nepodařilo. Následovaly série vyšetření a nakonec podstoupení asistované reprodukce. Celé těhotenství jsem měla rizikové. Chtěla jsem vydržet aspoň do 30. týdne, ale tajně jsem doufala, že budu rodit v termínu. Když mi začínala odtékat plodová voda, blesklo mi hlavou, že je to stále velice brzy. Přestože jsem měla o porodu ve 32. g. t. hodně načteno, prožívala jsem stres, bála jsem se o své dítě a v duchu se modlila, jen ať vše dobře dopadne. “

**Č. 2:** „ Jelikož jsem byla po císařském řezu a malého za mnou donést nemohli, připadala jsem si na oddělení šestinedělí hrozně sama, taková poloviční. Neskutečně jsem se těšila, až se budu moci postavit na nohy a dojít se na JIP na své dítě podívat. Byl tak maličký, bezbranný, obklopený hadičkami a blikajícími přístroji. Neubránila jsem se já, ani manžel slzám. Byly to zároveň slzy štěstí, ale i obav a strachu. Teprve když jsem si na malého sáhla, došlo mi, jak je skutečný. “

**Č. 3:** „ Informace jsem předběžně dostala ještě na porodním sále, ale moc si toho nepamatuji. Usnula jsem a probudila se na oddělení šestinedělí. Poprosila jsem sestřičku, že bych ráda věděla, jak se synovi daří. Během 15 minut dorazil

*neonatolog a vše mi důkladně vysvětlil. Snažil se mě uklidnit, že bude vše dobré, ale moc jsem mu nevěřila. Noc, která následovala, byla mou nejhorší v životě. V průběhu hospitalizace jsem informace dostávala pravidelně a s ochotou.“*

**Č. 4:** *„No, jak bych vám to řekla? S někým si sednete více s někým méně. Pokud to mám shrnout za celý pobyt, tak komunikace probíhala vesměs příjemně. Pro mě byl velký okamžik moje první návštěva u syna a v tuto dobu mě přivítala velmi milá, usměvavá, upravená a voňavá sestřička, která nám dala s manželem prostor, užít si chvíli jako rodina.“*

**Č. 5:** *„Chtěla jsem se dobře připravit na pobyt doma, tak jsem hltala každé slovo, poučení, radu, kterou sestry vyřkly, a po pěti dnech jsem si nepamatovala vůbec nic. Zavalená informacemi jsem nebyla schopna ani odsávat správně mléko. Nakonec jsem se odhodlala, vytipovala sestru, která si o mne nebude myslet, že jsem úplně hloupá a při jedné noční směně se jí na vše, co mě zajímalo, zeptala. Nakonec z toho byl rozhovor na celou hodinu, ale velmi mi to pomohlo. Ujistila mě, ať se ptám, vždy pokud nebudu něčemu rozumět nebo informací bude mnoho najednou. Dále mé zapojování do péče, jak tomu sestřičky říkají, probíhalo bez větších problémů a jsem si jista, že péči doma dobře zvládnou.“*

## **MATKA č. 2 JANA:**

- 30. letá druhorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 20 dní
- porod 33+5 g.t. spontánně záhlavím
- váha chlapce 1720 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 6-8-9, uložen do inkubátoru, nasazena oxygenoterapie z důvodu nižší saturace krve O<sub>2</sub>, zavedena parenterální výživa, 2. den zavedena NGS, problémy s kojením a přijímáním stravy perorálně, apnoické pauzy.

## ODPOVĚDI NA OTÁZKY:

**Otázka č. 1:** „Absolutně jsem neměla ponětí, co se to se mnou děje. To jsem byla ještě den před porodem u svého gynekologa, a vše se zdálo být v pořádku. V první chvíli jsem se snažila odtok plodové vody zastavit stahováním pánevního dna, ale to prostě zastavit nejde, s tím nic neuděláte. Vzbudila jsem přítele, že asi budu rodit. V zprvu mě nevěřil, že se mi něco zdá. V další chvíli rychle pochopil vážnost situace. Ještě nyní mi je z toho špatně. Porodila jsem do 20 minut od příjezdu do porodnice. První dítě jsem dva dny přenášela a podruhé taková to zkušenost. Už nikdy více. Tak obrovský strach, úzkost a smutek nikomu nepřeji.“

**Otázka č. 2:** „Hned po dvou hodinách jsem se běžela na své děťátko podívat. To, co jsem viděla, mám doted' před očima. Byl hrozně malý, hubený a tak nějak divně dýchal. Srovnávala jsem ho se svým prvním synem, ten se mi líbil víc. Styděla jsem se, že mám tyto pocity, ale nešlo mi ho považovat za svého. Sestřička mi vysvětlila, že srovnávám nesrovnatelné. Omluvila jsem se a po 5 minutách odešla. Musela jsem z prostředí jipky pryč. Možná pokud by byl přítel u mě a cítila v něm oporu, tak bych ten pohled, vnímala pozitivněji, ale to jen opravdu možná!“

**Otázka č. 3:** „Informace jsem dostala hned po porodu, ale ta se týkala váhy, a že Honzika umístí do inkubátoru. Za dvě hodiny, než jsem se šla za synem podívat, se u mě zastavila paní doktorka, která se mi snažila vše vysvětlit, ale moc jsem jí nevnímala. Porodila jsem v půl druhé v noci, takže byl poměrně na oddělení všude klid. Paní doktorce jsem poděkovala a popřála dobrou noc. To jsem ještě nevěděla, jak moc mě pohled na mého syna psychicky odrovná. Celou noc jsem nespala a vrývala si do mysli, že si ten malý človíček tohle nezaslouží. Nejvíce mi v hlavě kolovala myšlenka, kdo se postará o syna doma, protože mi bylo jasné, že za 4 dny domů nepůjdeme, jako to bylo u prvního syna. Kolem desáté dopoledne jsem sebrala všechnu odvahu a šla navštívit syna podruhé. Sestřička se už vyptávala, kde jsem? Tu poznámku si mohla odpustit. Všechny matky nejsou stejné, jako nejsou stejné všechny děti. Přesto jsem se omluvila, že

*jsem se necítila dobře. Přistoupila k inkubátoru a konečně jsem pocítila ten pocit štěstí a radosti. Vždyť to mohlo dopadnout o hodně hůře. Znovu jsem se zeptala paní doktorky na zdravotní stav. Jinak mi informace byly podávány srozumitelně a nikdy jsem se jich nemusela dožadovat.“*

**Otázka č. 4:** „*Pokud se tedy mohu opravdu vyjádřit, tak v té bych viděla trochu problém. Já nyní chápu, že je nutné se postarat nejdříve o dítě, a že má reakce první den nebyla úplně ideální, ale útržkovité odpovídání sester na mé dotazy, mi podpory příliš nepřineslo. Vždy jsem byla ráda, že některá „lepší“ sestra se mnou prohodila pár vět v přátelském někdy i vtipném duchu. To velice pomůže a těmto sestrám jsem za takový přístup vděčná. A ty ostatní by se měly více snažit pochopit rozladěný a hormony ovlivněný stav šestinedělky.“*

**Otázka č. 5:** „*Protože mám již jedno dvouleté dítě doma, péči o svého druhého syna jsem zvládla celkem dobře a rychle. V této oblasti musím uznat, že se sestry snaží pomáhat, některá a vlídným obličejem, jiná občas protočí oči, ale nakonec pomůžou všechny. Na těchto odděleních je důležitá přísná hygiena, neustálé koupání rukou v desinfekci mě trochu obtěžovala, ale na druhou stranu jsem věděla, že je to nutnost. Co bylo pro mě nové, byla stimulace prsou a odsávání mléka elektrickou odsávačkou. Také metoda klokánkování mě velice nadchla a navodila pocit mateřství. Nyní na konci pobytu na tomto oddělení jsem se teprve smířila s tím, že své druhé dítě mám nedonošené. Začátky byly krušné, ale pokud jsem své dítě chovala, přebalovala, koupala a přikládala, vše zlé samo odešlo. Děkuji za zdravé děti, ale tato náročná životní situace mi v hlavě zůstane po celý život. Jsem ráda, že nastal den D.“*

### **MATKA č. 3 VĚRA:**

- 25. letá prvorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 34 dní
- porod 32+1 g.t. spontánně záhlavím
- váha děvčete 1520 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 3-6-7, na porodním sále byl dítěti aplikován surfaktant, po stabilizaci stavu bylo dítě uloženo do inkubátoru a napojeno na CPAP s 30% kyslíku. Napojeno na monitor vitálních funkcí, provedena kanylace umbilikální žíly a nasazena parenterální výživa, 1. den zavedena OGS, z odběrů krve byla diagnostikována adnatní sepe. Nasazena dvojkombinace antibiotik- Ampicilin, Gentamicin i.v. Pro časté apnoické pauzy podáván Cofein citrát p.os.

### **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** „*Těhotenství jsem neplánovala, přišlo nečekaně. Musela jsem se s touto situací dlouho vyrovnávat a probřečela dost nocí. Byla jsem opakovaně hospitalizovaná, pro krvácení, špinění, takže na předčasný porod mě lékaři připravovali, ale nepřipouštěla jsem si to. Když najednou přišly kontrakce a neustávaly, vzpomněla jsem si na slova svého gynekologa, že musím hlavně odpočívat. Měla jsem ho poslechnout. Trochu jsem se před porodem bála, ale říkala jsem si, že mi lékaři pomůžou.*“

**Otázka č. 2:** „*Za dcerou jsem dorazila druhý den, nebylo mi dobře a sestry mě dovezly na JIP na křesle. První pohled na ní a rozbrečela jsem se. V duchu se obviňovala, že jsem měla lépe dodržovat doporučení lékařů a nebrat jejich rady na lehkou váhu. Byla velmi malička a já si uvědomila, že mě potřebuje a musím jí být na blízku. Jsem přeci její máma. Nemohla jsem se od ní odtrhnout a nedokázala si představit, že se budu muset vrátit na oddělení šestinedělí. Ale nebylo mi opravdu dobře a dala jsem si cíl, že se nejdříve zdravotně dám dohromady, abych se mohla aspoň částečně o malou postarat.*“

**Otázka č. 3:** „*Informace jsem první den moc nevnímala, proto když volala rodina, tak jsem působila dost zmateně. Připadalo mi, že je jich neuvěřitelně moc. Lékařka, která se o dceru starala, mě pravidelně informovala, a pokud jsem něčemu nerozuměla, mohla jsem se zeptat opakovaně. Museli jí nasadit antibiotika, protože se u ní projevíly známky infekce. Tato zpráva ve mně vyvolala obrovský pocit strachu. V průběhu celé hospitalizace jsem informace dostávala pravidelně a srozumitelně.*“

**Otázka č. 4:** „*S komunikací ošetřujícího personálu jsem byla spokojená. Spíše si myslím, že někdy musel mít problém personál s mou komunikací. Byla jsem po porodu velmi emočně labilní a i po fyzické stránce jsem se dlouho necítila dobře. Teďka si zpětně uvědomuji, že jsem se na jednu věc ptala opakovaně a nikdy mi sestry nedaly najevo, že bych je obtěžovala nebo že jsem hloupá*“

**Otázka č. 5:** „*Bedlivě jsem poslouchala vše, co mi sestry povídaly a neustále jim koukala pod ruce i na JIP. Obdivovala jsem s jakou lehkostí, ale zároveň s opatrností s dětmi zacházejí. Když nastal den, kdy i já mohla již o svou dceru pečovat, velmi jsem se těšila, ale také jsem se neuvěřitelně bála. Sestra mi vše podrobně vysvětlila (přebalování, měření teploty, koupaní) a také názorně ukázala. Byla tak malinka, měla jsem obavy, že jí ublížím. Sestra u mě celou dobu stála a já se vnitřně uklidnila, že mi pokud si nebudu vědět rady, pomůže. Měsíční hospitalizace a opakovaná pomoc personálu mě vybavily na domácí ošetřování uspokojivě. Samozřejmě se trochu obávám, neboť tady vím, že kdykoliv cokoli mohu konzultovat se sestrou, ale budu se snažit vždy vzpomenout na všechny rady, které jsem od sestřiček během hospitalizace dostala.*“

#### **MATKA č. 4 HANA:**

- 35. letá prvorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 33 dní
- porod 33+4 g.t. spontánně záhlavím
- váha děvčete A 1600 gramů
- váha děvčete B 1580 gramů

**Stav dítěte A:** APGAR 8-8-9, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor vitálních funkcí, zaveden PŽK, parenterální výživa, zavedena NGS

**Stav dítěte B:** APGAR 5-6-8, na sále insuflace ambuvakem, nasazena distenzní terapie (CPAP), PŽK, OGS, nutno použít kyslíkové terapie 30%, dyspnoe, problémy s příjmem a tolerováním stravy, opakované AP.

## ODPOVĚDI NA OTÁZKY:

**Otázka č. 1:** „Věděla jsem, že půjdou holčičky ven okolo 36. g.t., ale nečekala jsem, že porodím o tolik dřív. Na začátku 29.g.t. jsem byla hospitalizovaná přímo z poradny, ale pořad jsem věřila, že si to holčičky rozmyslí a půjdu domu. Lékaři mě, ale do domácího ošetřování nepustili. Dlouhý měsíc jsem strávila upoutaná na lůžko a jediný pohyb, který jsem měla dovolený, byl od postele na toaletu a do sprchy. Pořád jsem si opakovala, že to vše podstupuji pro své děti. Chtěla jsem rodit spontánně a polohy dětí to umožnily. Když tento den nastal, říkala jsem si, že jsem vlastně ráda, že už tohle dlouhé čekání plné nejistoty bude za mnou. Bohužel přišla nejistota jiná a to o budoucnost mých dcer.“

**Otázka č. 2:** „Nečekala jsem, že budou holčičky tak maličké. První kontakt na JIP jsem plakala štěstím, obavami, strachem a nadšením. Mísily se pocity štěstí se smutkem a moje nálady byly jak na houpačce. Nevěřila jsem, že tohle jsou moje děti, na které jsem se tak moc těšila. Je těžko popsitelné, jak se matka u inkubátoru cítí. Slovy se to špatně vyjadřuje. Nebylo mi jasné, že jedna potřebuje dechovou podporu a druhá nikoliv. Bylo mi vysvětleno, že když to jsou dvojčátka, nemusí poporodní adaptace probíhat u obou stejně. Velkou podporou pro mě byl manžel a moje maminka. Pokaždé, když jsem přicházela ke dveřím JIP, jsem se bála, aby se stav dětí nezhoršil. Ten strach byl obrovský, ale touha být s nimi postupně tento strach přebila. Jsem na své holčičky hrdá, že byly takové bojovnice a náročný vstup do života zdárně překonaly.“

**Otázka č. 3** „Jelikož jsem rodila spontánně, mohla jsem za dětmi dorazit již za tři hodiny. Lékařka i sestřičky měly plné ruce práce, neboť musela být jedna z dcer připojena na dechovou podporu. Přesto se mi paní doktorka věnovala a na JIP mě pustila, ať se na děti podívám. Podrobně mi vše vysvětlila, ale popravdě si z prvního dne nic nepamatuji. Mozek vám zalije emoce a nemyslíte na nic jiného, než na to aby přežily. Po prvotním šoku, jsem informace již vnímala lépe a s jejich podáváním jsem byla spokojená. Pravidelně mě informovala lékařka po každé

*vizitě a kdykoliv jsem něčemu nerozuměla, vždy mi bylo lékaři i sestrami odpovězeno vlídně a vstřícně.“*

**Otázka č. 4:** „*S komunikací s ošetřujícím personálem jsem byla nadmíru spokojená. Za celou dobu mého pobytu jsem se nepotkala s nikým, kdo by byl nepříjemný. Byla jsem mile překvapená, protože jsem si jako většina maminek, které tráví většinu svého těhotenství upoutané na lůžko, načetla na internetu recenze na tuto porodnici a rozhodovala se, že půjdu родit jinam. Jenže to v případě předčasného porodu dvojčat není tak úplně jednoduché. Jsem ráda, že jsem na špatné hodnocení nedala a já určitě přispěji velmi pozitivním příspěvkem.“*

**Otázka č. 5:** „*Edukace byla pro mě dostačující a výborně se v péči zacvičil i manžel. Ze začátku to bylo velmi náročné. Trvalo poměrně dost dlouho, než jsem dostala obě holčičky k sobě na pokoj a to byly neustále umístěné v inkubátoru, protože potřebovaly stále vyšší teplotu. Na JIP probíhala edukace ohledně hygieny rukou, odšťikávání mléka, klokánkování. Měla jsem pocit, že jsem aspoň trochu potřebná. To pravé zapojení do péče nastalo asi po 14 dnech. Sestry mi vše vysvětlovaly opakovaně a každá mi pomáhala s krmením a přebalováním, než jsem se v péči dostatečně zrychlila. Péče o dvě děti je náročná a o nedonošené o to více. Měla jsem tendenci chtít zvládnout vše sama, ale pokud se tři noci nevyspíte, velice ráda přijmete pomoc sester. Jsem ráda, že nastal den D, ale zároveň se bojím, abych vše dobře zvládla, ale takové obavy asi prožívá většina matek předčasně narozených dětí.“*

#### **MATKA č. 5 SIMONA:**

- 28. letá druhorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 25 dní
- porod 34+4 g.t., císařským řezem z důvodu bradykardie plodu
- váha chlapce 1830 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 7-9-10, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor vitálních funkcí, zaveden PŽK, parenterálně



výživa, po 2 hodinách dyspnoe, napojen na nasální CPAP, PEEP 5, O<sub>2</sub> 30%, tachypnoe 80-100/min(3 dny), zavedena OGS, poté NGS.

## **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** „*Porodila jsem již své první dítě předčasně, tak jsem s touto možností počítala, ale tentokrát jsem udržela těhotenství o dva týdny déle. Jenže výsledný efekt dva týdny moc nemají. Druhý syn byl na tom zdravotně hůře než ten první. Přestože mám již jednu zkušenost s předčasným porodem, pocity jsou úplně stejné. Strach, obavy, úzkost, těch se nezabýváte ani při pátém porodu. Pocit, že nejste schopna donosit dítě je opravdu skličující. Teďka ještě přemýšlím, jak zajistím hlídání pro svého prvního syna, protože mi je jasné, že do týdne domů nepůjdeme.*“

**Otázka č. 2:** „*Vím, jak vypadá dítě na dechové podpoře, takže asi takové zděšení, které prožívají maminky, které se s nedonošeným dítětem nesetkaly, já podruhé neprožívám. Nevím, zda je to výhoda nebo nevýhoda. Velké zklamání, obavy, smutek jsem prožívala, když po 24 hodinách, kdy syn dýchal již úplně sám, musel být znovu připojen na dechovou podporu. Viděla jsem v této situaci obrovský krok zpět. Pocit marnosti a nepotřebnosti se dostavil až třetí den. V této době mi velice pomohla jedna sestra, která mi dovolila klokánkovat i přesto, že syn potřeboval CPAP. Ostatní sestřičky se bály, aby se malého stav nezhoršil. Měla jsem spoustu času a četla si v knížce „Vítej kulišku“. Jsou zde popsány příběhy matek, které své děti porodily také předčasně, a já zjistila, že problémy, které má můj syn, jsou ničím oproti tomu, s čím se potýkají jiné předčasně narozené děti a jejich rodiče. Věřila jsem personálu, že se o mé dítě postarají stejně dobře jako před třemi lety. Co jsem špatně snášela, bylo každodenní loučení s mým starším synem, který se dožadoval mé přítomnosti a nechápal, proč nejdu s nimi domů. On plakal a já pak na pokoji také.*“

**Otázka č. 3:** „*Informace o zdravotním stavu svého syna jsem dostávala pravidelně a srozumitelně. Lékaři mě vždy ihned informovali o jakékoliv změně stavu, o zvoleném lékařském postupu. První informaci o stavu syna jsem dostala*

*ještě na operačním sále, ale to jsem příliš nevnímala. Za čtyři hodiny za mnou dorazila lékařka znovu a zopakovala zdravotní stav po porodu a průběh dalšího vývoje. Mluvila velmi klidně a vzbudila ve mě pocit důvěry. Nemohla jsem se dočkat, až syna uvidím, ale vyčerpáním jsem usnula a dorazila na JIP až druhý den. Jen jednou jsem se setkala se strohou odpovědí lékařky, která sloužila o víkendu. Ještě, že mi sestřička pověděla, jak probíhala noc. Mě třeba uklidnilo, že malý začal přibývat a v noci neblinkal. I malé pokroky byly pro mě důvod k velké radosti a hned jsem volala manželovi, třeba i 10x denně.“*

**Otázka č. 4:** „*Komunikace s ošetřujícím personálem byla vesměs vstřícná a milá. Všechny sestřičky si mě pamatovaly z pobytu před třemi lety, kdy jsem ležela na tomto oddělení se svým prvním synem. Jen mi občas připadalo, že si musím vše pamatovat z minulé situace, ale strach a především hormony pracují pokaždé a občas jsem se musela na něco zeptat opakovaně. Mozek vám to někdy vše najednou nepobere. Pokud mohu porovnat situaci před třemi lety a porovnání se neubráním, tak já osobně vidím změnu v přístupu sester. Většina z nich byla usměvavá, mluvila klidně a cítila jsem od nich zájem i o mou osobu. Pomáhalo mi, si promluvit se sestřičkami o běžných starostech. Jak zajistím chod domácnosti a péči o syna. Vnitřně jsem cítila strach o své druhé dítě a zároveň obavy jak to doma zvládají, neboť můj syn je na mě velmi citově závislý. Velmi mi pomohlo ujištění, že určitě doma je vše v pořádku a pokud se chci ujistit, mohu z oddělení třeba na odpoledne odejít a vrátit se třeba navečer. Sestřičky hodně dbaly na psychickou pohodu matek. Jejich nabídku jsem několikrát využila a byla vděčná, že jsem mohla se občas nadýchnout čerstvého vzduchu.“*

**Otázka č. 5:** „*Péči o svého druhého syna jsem zvládala dobře. Když to zdravotní stav dovolil a mohla jsem začít sama přebalovat, přikládat, koupat, byla jsem nejšťastnější maminkou na světě. V této době jsem si konečně plně uvědomila, že jsem matkou dvou dětí. V této oblasti jsem si spoustu dovedností pamatovala z předchozí zkušenosti, takže mi stačilo vše jen jednou předvést a rychle jsem se do péče zapojila. Myslím jsi, že jsem do domácího prostředí vybavena velmi dobře a doufám, že mě nic nepřekvapí. Kdykoliv jsem potřebovala radu nebo pomoc, vždy mi bylo vyhověno. Dvakrát syn v noci velmi plakal a já už*

*byla bezradná a neskutečně unavená. Sestra to na mě poznala a syna si na šest hodin vzala na observaci. Spala jsem celou tu dobu v kuse a ráno se cítila neskutečně odpočatá a plná síly. Takže moje edukace probíhala spíše než v zacvičování manuálních dovedností, v naučení jak si říci o pomoc a v nutnosti také fyzického odpočinku.“*

#### **MATKA č. 6 IVANA:**

- 38. letá prvorodička po IVF, hospitalizovaná 20 dní
- porod 34+0 g.t., císařským řezem z důvodu stavu po předešlém operativním porodu
- váha chlapce 2000 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 8-9-10, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor vitálních funkcí, zahájena enterální výživa, odběry krve bez známek infekce, na tři dny zavedena NGS

#### **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** *„Dlouho jsme se snažili o početí dítěte přirozenou cestou, ale bohužel jsem otěhotněla až po třetím pokusu asistované reprodukce. Takže můj psychický stav je velmi ovlivněn touto situací a připadá mi, že poslední dva roky žiji v neustálém napětí. O možnosti předčasného porodu jsem věděla od svého gynekologa, ale u mě po celou dobu nebyly žádné příznaky, že by tomu mělo tak být. Těhotenství bylo zpočátku vedeno jako rizikové, ale to z důvodů mých předešlých potratů. Když mi začaly mírné stahy a za hodinu otekla plodová voda, propadala jsem panice. Volala manželovi a on okamžitě přijel a odvezl mě do porodnice. Verdikt byl jasný, okamžitý císařský řez. Miminku se již v děloze příliš nevedlo. Plně jsem se oddala do rukou lékařů.“*

**Otázka č. 2:** *„Své vymodlené dítě jsem viděla ještě na sále, protože jeho stav po porodu byl dobrý, takže mi ho sestry ukázaly hned po ošetření, zabaleného jako housenku v zavinovačce. Byl nádherný a s manželem jsme plakali štěstím a*

*radostí. Konečně jsme se dočkali i „MY“. Druhý den jsem dorazila v doprovodu gynekologické sestry na oddělení nedonošených. Ležel v inkubátoru a vypadal spokojeně. Tento pohled mě naplňoval znovu obrovským štěstím a snažila jsem si ho vryt do paměti. Sestřička se mě zeptala, zda se cítím na přiložení syna k prsu. Samozřejmě, že jsem se na to cítila. Usadila jsem se do pohodlného křesla a dala syna k prsu. Začal sát. V životě jsem ještě nikdy nebyla tak šťastná jako v téhle chvíli.“*

**Otázka č. 3:** *„ První informace jsem dostala již na operačním sále, ale pořádně si nepamatuji, co mi paní doktorka říkala. Jediné co mi utkvělo v paměti, že mám syna a váží dvě kila. Po třech hodinách paní doktorka přišla znovu, to jsem již ležela na JIP na oddělení šestinedělí. Znovu opakovala informace ohledně váhy, že je syn umístěný kvůli váze na čas do inkubátoru a jeho poporodní adaptace je velmi dobrá. Za tyto zprávy jsem byla velmi vděčná a s klidem v srdci usnula. Informace v průběhu hospitalizace jsem dostávala pravidelně, jen asi dvakrát jsem si musela na informaci ohledně stavu syna chvíli počkat, ale to bylo zrovna na oddělení velmi rušno a všichni měli ruce plné práce. Takže se nemohu na nikoho zlobit.“*

**Otázka č. 4:** *„ Co se týče komunikace ohledně lékařů, nemohu si stěžovat. S komunikací se sestrami to bylo o něco horší. Vím, že se setkávají s nedonošenými dětmi neustále, ale pocit matky, která prožila velké problémy, než své dítě mohla pochovat, je velmi emočně náročný a nikdo než ona sama, neví, jak se cítí, ani její nejbližší. Proto by sestry měly volit slova a ani ne tak slova, jako výraz v obličeji a tón hlasu. Někdy mi dávaly najevo, že jsem nějaká přecitlivělá a moje dotazy nejsou adekvátní k mému věku. Ale zase musím říct, že nejsou všechny stejné a některé byly opravdu vstřícné a měly pochopení pro rozladěné maminky.“*

**Otázka č. 5:** *„ Když nastal čas, kdy jsem se zapojila do ošetřování syna, tak jsem se cítila úplně nemožná. Klepaly se mi ruce, byla jsem nervózní a bezradná. První přebalování byla katastrofa. Měla jsem zrovna štěstí na milou sestřičku, která mě uklidňovala a znovu a znovu mi ukazovala, tak banální věc jakou*

*přebalování je. Za dvanáct hodin její směny jsem to konečně zvládla. Pokud jsem věděla, že slouží sestra, které se nebojím na jednu věc zeptat třeba třikrát, byla jsem si v péči jistější a klidnější. Velkou výhodou vidím v tom, že zapojily sestry do péče i manžela a se vším mi bude pomáhat. Někdy mám pocit, že on tu péči zvládá občas lépe než já. Myslím si, že časem vše dostanu do ruky a budu si jistá v péči o malého. Je pravdou, že na prvorodičku nejsem nejmladší, což mi dávaly některé sestry najevo, ale vždy nejde vše podle přesně nastavených společenských pravidel. Trochu obavy z propuštění mám, ale na druhou stranu se velmi těším. Pevně doufám, že vše zvládnou.“*

#### **MATKA č. 7 ŽANETA:**

- 35. letá prvorodička po IVF, hospitalizovaná 25dní
- porod 33+0 g.t., spontánně záhlavím
- váha děvčete 2330 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 7-9-10, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor vitálních funkcí, po dvou hodinách od porodu prohlubující se dyspnoe, nutná oxygenoterapie a následně dechová podpora (CPAP), zavedení PŽK, parenterální výživa, OGS, NGS

#### **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** „ O předčasném porodu jsem absolutně nic nevěděla. Že něco takového se občas někomu přihodí, to vím, ale že by se to mohlo stát mě, to jsem si nepřipouštěla. Poslouchala jsem vždy rady svého gynekologa, odpočívala jsem, relaxovala, nepřepínala jsem se. Když mi začaly v noci stahy, byla jsem vystrašená a nevěděla, co mám dělat. Byla jsem sama, manžel odjel na služební cestu. Volala jsem mu, ale bylo mi jasné, že jen tak rychle nepřijede. Byla jsem donucena si zavolat záchranku. Pocit beznaděje a strachu o miminko je nepopsatelný. Cítila jsem se velmi osamoceně. Kontrakce nepřestávaly ani přes léčbu, kterou mi lékaři na porodním sále podávali do žíly. Miminko se dralo ven. Věděla jsem, že ani porod manžel nestihne. Tak dlouho jsme se na tuto chvíli těšili

*a já ležela na sále sama. Jediné, co mi pomohlo situaci překonat, že jsem myslela na naše dítě a začala se na něj těšit, když už s tím nic nenadělám.“*

**Otázka č. 2:** *„ Holčičku jsem viděla po porodu jen na pár vteřin. Byla jsem unavená, ale šťastná, že to máme obě za sebou. Manžel dorazil tři hodiny po porodu a společně jsme šli se na malou podívat. Bála jsem se, jestli se zdravotní stav dcery nezhoršil. Bála jsem se oprávněně. Byla připojená na dýchací přístroj, v ručičce zavedenou infuzi a všechno všude houkala a blikalo. Ještě, že jsem byla v doprovodu manžela, z pohledu na své dítě se mi podlomily kolena. Musela jsem si sednout, napít vody a manžel šel pro kolečkové křeslo. Nemohla jsem se udržet na nohou. Takový stav psychické bolesti nikomu nepřeji.“*

**Otázka č. 3:** *„ Spodáváním informací jsem byla po celou dobu pobytu v porodnici spokojená. První informace proběhla pár minut po porodu. Bohužel po několika hodinách došlo k zhoršení stavu a já nebyla na takovou situaci připravená. Paní doktorka mi vše vysvětlila, ale já jí skoro nevnímala. Ještě, že manžel poslouchal bedlivě, a když jsem se dala trochu po psychické stránce dohromady, vše mi znovu vysvětlil. Pokud zrovna lékařka nebyla na oddělení přítomna, vždy mi jí sestřičky sehnaly a já dostala aktuální informace.“*

**Otázka č. 4:** *„ Komunikace s ošetřujícím personálem byla občas velmi příjemná, někdy po první větě některé sestry, jsem už raději nic neříkala a na nic se neptala. Nechtěla jsem se nikdy pouštět do vážných konfliktů, měla jsem strach, aby se to neobrátilo proti mému dítěti. Přeci jenom jsme dlouho byli závislý na péči sester. Neříkám všechny, ale některé by se měly zúčastnit kurzu empatie.“*

**Otázka č. 5:** *„ S edukací to bylo podobné jako s komunikací. Také záleželo, jaká sestra zrovna sloužila. Já jsem hodně konzultovala péči o malou s maminkami na oddělení. Vyptávala jsem se jich, co se jim osvědčilo a čemu se raději vyvarovat. Pokud sloužila oblíbená sestřička, tak jsem ji celých dvanáct hodin zasypávala otázkami a vše si pečlivě zapisovala do sešitu. Zjistila jsem, že to nedělám jen já, ale i další dvě maminky, které si nebyly v péči o své děti jisté. Teďka dva dny před propuštěním se velice domů těším, ale bojím se zároveň, jestli*

*vše zvládnou. Snad manžel a rodina pomůžou. Já bych více času na sžítí s dcerou potřebovala.“*

#### **MATKA č. 8 DENISA:**

- 39 letá druhorodička po IVF, hospitalizovaná 18 dní
- porod 35+0 g.t., císařským řezem z důvodu bradykardie plodu
- váha děvčete 2030 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 6-9-10, na porodním sále nutná insuflace ambuvakem, pět hodin oxygenoterapie 30% O<sub>2</sub>, inkubátor, monitor vitálních funkcí, problémy s kojením.

#### **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1.:** „*Na předčasný porod mě lékaři připravovali už od 30. gestačního týdne, kdy jsem byla poprvé hospitalizovaná na rizikovém oddělení. Modlila jsem se, abych vydržela ještě aspoň měsíc. Vzhledem k mému věku, jsem už ani v druhé těhotenství nedoufala. Když jsme se rozhodli podstoupit umělé oplodnění, měla jsem smíšené pocity, abych byla schopna dítě donosit. Když při poslední kontrole u svého gynekologa bylo vše v pořádku a druhý den jsem musela na akutní císařský řez, byla jsem hrozně vyděšená a zmatená. Jak rychle se může stav dítěte zhoršit. Plně jsem důvěřovala lékařům. Jejich přístup byl klidný a vstřícný. Věřila jsem jim. Vše proběhlo velmi rychle a já se najednou probudila a něco mi chybělo.“*

**Otázka č. 2:** „*Svou holčičku jsem viděla až druhý den, kdy mi ji přinesla sestřička ukázat. Vypadala krásně, zabalená do růžové dečky. Pocit štěstí a radosti mě naplnil po dlouhé době nejistoty. Když jsem mohla odpoledne dorazit za malou na JIP, neměla jsem z toho prostředí moc dobré pocity. Dcera byla relativně v pořádku, potřebovala jen vyšší teplotu v inkubátoru, ale ostatní děti byly připojené na různé přístroje a já se vyděsila, přestože mě sestry i lékaři*

*ujišťovali o dobrém stavu mého dítěte. Mě bylo líto těch ostatních maminek dětí, které na tom byly hůře.“*

**Otázka č. 3:** *„ Lékaři mi podávali informace vždy srozumitelně a bez prodlení. Když jsem se probudila z celkové narkózy, poprosila jsem sestru, že bych ráda věděla, jak se dítěti daří. Během pár minut dorazila paní doktorka, která mě informovala o pohlaví dítěte, váze, poporodní adaptaci a aktuálním zdravotním stavu. Uklidnila jsem se a celé odpoledne prospala. Na JIP jsem dostávala informace vždy po každé vizitě, pokud jsem něčemu nerozuměl, mohla jsem s lékaři mluvit i během celého dne. Jediné, co mi trochu vadilo, že pokud jsme se sešly s ostatními maminkami, tak jsem vyslechla zdravotní stav i ostatních dětí.“*

**Otázka č. 4:** *„ Komunikace se sestrami byla výborná. Hodně se mě ptaly, co bych ráda pro malou udělala, co bych potřebovala, zda mi mohou s něčím pomoci. Zřejmě se to odvíjelo od toho, že dcera byla brzy v dobré stavu a my jsme se zaměřily na mé zapojení do péče a podporu kojení. K ošetřujícímu personálu nemám jedinou připomínku. Všechny sestry byly profesionální, ale zároveň přátelské a milé. Stejného názoru je i můj manžel. Dokázaly mě podpořit, pokud se mi úplně nedařilo.“*

**Otázka č. 5:** *„ Myslela jsem si, že když již jedno dítě mám, tak péče o druhé půjde úplně sama. To jsem se mýlila. Po 13 letech vše úplně zapomenete a jste vlastně na úrovni prvorodičky a v tomto věku se i více bojíte než v pětadvaceti. Měla jsem rozklepané ruce, vše mi dlouho trvalo a dceru jsem nedokázala bez pomoci sester přiložit. Občas jsem propadala beznaději a byla naštvaná na svou neschopnost. Sestry mě uklidňovaly, že mi to jde dobře a tu zručnost opět dostanu do ruky. Měly pravdu. Po pěti dnech, kdy jsem dceru dostala k sobě na pokoj, jsem byla klidnější a věřila, že zvládnou péči i doma. Nyní odcházíme plně kojené a jsem si v péči o malou jistá. Edukace byla dostačující, i když se mi to během prvního týdne nezdálo.“*



## **MATKA č. 9 JITKA:**

- 28. letá prvorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 18 dní
- porod 34+4 g.t., císařským řezem z důvodu vícečetného těhotenství a rozdílné polohy plodů
- váha chlapce A 2000 gramů (poloha podélná hlavičkou)
- váha děvčete B 2150 gramů (poloha koncem pánevním)

**Stav dítěte A:** APGAR 8-9-10, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor vitálních funkcí, druhý den zavedena NGS, problém se sáním.

**Stav dítěte B:** APGAR 6-8-10, na porodním sále nutná insuflace ambuvakem, poporodní adaptace dobrá, dítě uloženo do inkubátoru, napojeno na monitor fyziologických funkcí, koordinace sání, polykání, dýchání velmi dobrá, u prsu saje intenzivně.

## **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** „Vzhledem k mému vícečetnému těhotenství jsem o možnosti porodu předčasně věděla. Ale také jsem četla, že jsou ženy, které i dvojčata donosily skoro do termínu. Celé těhotenství probíhalo v pořádku, takže jsem doufala, že se mě předčasný porod týkat nebude. Když mi u jednoho dítěte úplně bez varování odtekla plodová voda, věděla jsem, že budu muset porodit v nejbližší době. Z důvodu polohy jednoho plodu jsem musela podstoupit císařský řez. Původně jsem chtěla родit spontánně, ale takto to prostě nešlo. Obavy a strach jsem, ale samozřejmě měla, ale věřila jsem lékařům, že udělají vše proto, aby děti i já byly v pořádku.“

**Otázka č. 2:** „Děti mi sestra přinesla ukázat asi za šest hodin. Nemohla jsem se na mě vynadívat. Plakala jsem štěstím a radostí. Byla jsem moc vděčná, že jsme všichni v pořádku. Jen mi bylo hrozně, když mi je sestra odnášela, ale chápala jsem, že potřebují zpět do inkubátoru, kde měly okolo 33 stupňů. Dala

*jsem si za cíl, že zítra musím za nimi dorazit a strávit s nimi více času. Hned ráno jsem byla připravená za nimi vyrazit, ale musela jsem v doprovodu sestry. Necítla jsem se ještě dost silná. Prostředí JIP na mě působilo trochu chladně a technizované. Ale pokud jsem dostala děti do ruky, už jsem přístroje nevnímala a bylo mi i příjemně. Velmi jsem se těšila, až budu moci s přítelem přijít odpoledne na návštěvu. Jelikož v té době bylo obsazení JIP velké a všichni chtěli za svými dětmi, sestřička nám naše děti dovolila odvézt na oddělený pokoj a my měli více soukromí, a přesto děti byly pod kontrolou. První pocity byly nádherné, ale bylo to určité podmíněné dobrým zdravotním stavem obou dětí.“*

**Otázka č. 3:** „*Informace jsem dostávala každý den. Nemusela jsem se nikdy informací dožadovat nebo dlouho čekat. Hodně věcí mi mohly říci i sestřičky, protože zdravotní stav dětí byl dobrý. Vstřícně mi řekly, jak probíhala noc, kolik děti přibraly na váze, kolik vypily mléka. Měla jsem radost z každého pokroku, z každého deka, z každého odsátého mililitru.“*

**Otázka č. 4:** „*Komunikace s některými sestrami byla výborná a cítila jsem z nich, že mají zájem o mé pocity a poslouchají, co říkám a pokud to bylo v jejich silách, vyhověly mým přáním a prosbám. Jenže všechny nejsou stejné a zkušenost s jinými nebyla tak příjemná. Nevím, jestli měly vlastní děti, ale někdy jejich polohlasité poznámky o přecitlivosti a hysterii nebyly vůbec vhodné. Každá máma se bojí o své dítě a někdy vidí věci černěji než je tomu doopravdy. Ale to snad neznamená, že je hysterická. Pokud to tedy mohu shrnout, tak polovina sester perfektních a pokud sloužily, byl den hned hezčí a druhá polovina sester hrůza a těm jsem se snažila vyhýbat a neobtěžovat je.“*

**Otázka č. 5:** „*Snažila jsem se, co nejdříve o své děti postarat sama. Nechala jsem si vše ukázat (přebalování, koupaní, přikládání atd.), a pak si to pod dozorem sestry vyzkoušela. Opět záleželo, na jakou sestru jsem narazila. Když byl i syn schopný sát z prsu, nabídla mi jedna z „VIP“ sester, kojení obou dětí najednou. To bylo super a já během dvou dnů kojila obě děti plně. Také za ušetřený čas jsem byla vděčná. Péče o dvojčata je a bude dlouho velmi náročná.*

*Myslím si, že zacvičování matek v péči o děti je dostačující a každá z nás si doma najde svůj systém.“*

#### **MATKA č. 10 EVA:**

- 24 letá druhorodička, přirozené početí, hospitalizovaná 14 dní
- porod 34+2 g.t., císařským řezem z důvodu hrozící hypoxie
- váha děvčete 2350 gramů

**Stav dítěte:** APGAR 7-9-10, poporodní adaptace dobrá, do půl hodiny tachypnoe, inkubátor, monitor vitálních funkcí, z odběrů diagnostikována adnatní infekce, zaveden PŽK, parenterální výživa, nasazeny antibiotika: Ampicilin, Gentamicin i. v.

#### **ODPOVĚDI NA OTÁZKY:**

**Otázka č. 1:** „*O možnosti předčasného porodu jsem vůbec nic nevěděla, a proto také když mi začínala odtékat plodová voda, neměla jsem představu, co se to se mnou děje. Předčasný porod jsem si absolutně nepřipouštěla, vždyť jsem mladá, to se spíše stává starším ženám. To byl omyl. Když mi doktor řekl, že porodím císařským řezem ještě dnes, zachvátila mě panika. Propadla jsem velkému strachu o své miminko, zároveň jsem cítila velkou bezmoc, že nejsem schopna dítě donosit a nemůžu nastalou situaci ovlivnit. Proběhly mi hlavou myšlenky, že jsme měli s druhým dítětem počkat, že to je asi kvůli tomu.“*

**Otázka č. 2:** „*Svou dceru jsem viděla až následující den. Když jsem se blížila na nedonošenecké oddělení, neměla jsem představu, co mám očekávat. Byla o hodně menší než můj syn, který vážil přes 4 kila. Bála jsem se jí dotknout, i když mi sestřičky říkaly, že jí nemohu nic udělat. Obávala jsem se, aby vše bylo v pořádku. Nemohla jsem s malou zůstat po celou dobu hospitalizace, protože jsem neměla hlídání pro syna. Když jsem jí opouštěla, bylo to pro mě psychicky*

*ještě náročnější než chvíle před porodem. Některé sestry mi dávaly najevo, že bych to měla nějak udělat a zůstat s ní. Některé to chápaly, asi i ony někdy měly problém s hlídáním svých dětí. Jedna sestřička mě ujistila, že se o dceru postarají. Já mohu kdykoliv dorazit na návštěvu nebo zavolat.“*

**Otázka č. 3:** *„ Lékařky mě vždy informovaly včas a nemusela jsem se nikdy informací opakovaně dožadovat. Dcera měla infekci a já se podrobně lékařky vyptávala, z čeho to dostala a jestli jsem udělala něco špatně. Ujistila mě, že toto se občas stává a je moc dobře, že se na to přišlo velice brzy. Antibiotika jsou sice pro tak malé tělíčko zátěž, ale neléčená infekce by měla o mnoho horší důsledky. V léčbě svého dítěte jsem plně důvěřovala lékařům. Pokaždé když jsem za dcerou přijela, lékařka mě informovala o aktuálním zdravotním stavu. Buď byla přítomna přímo na oddělení, nebo jí sestřičky sehnaly telefonem.“*

**Otázka č. 4:** *„ Přístup personálu po dobu mé krátké hospitalizace se mi moc nelíbil. K lékařům nemám výhrady, ale většina sester nebyla příliš příjemná. Chápu, že mají hodně práce a jsou unavené, ale pokud se mám dostat dítě na JIP, vidí vše zezачátku černě a pesimisticky. Postačil by jen úsměv na uvítanou a vlídné „dobrý den“. Pokud jsem za malou dojížděla každé odpoledne, tak se mi zdál přístup sester vlídnější a vstřícnější. Nemůžu házet všechny do jednoho pytle, ale občas by se sestry mohly více vcítit do pocitů maminek. Jednou jsem se jedné zeptala, zda má děti? Neměla, to bylo poznat z jejího chování.“*

**Otázka č. 5:** *„ K péči o dceru jsem se dostala již třetí den. Zrovna jsem měla štěstí na milou sestřičku, a tak jsem využila situace a poprosila ji, zda bych mohla malou přebalit sama. Jednou mi to sestra ukázala a dále jsem již přebalovala, koupala já. Vždy jsem odpoledne malou přebalila, vykoupala, přiložila k prsu. Bohužel se mi laktace příliš nerozjela a krmila jsem umělým speciálním mlékem pro nedonošené děti. Chvilí mi trvalo se smířit se situací, že nemám dostatek mateřského mléka, ale důležité je, aby dcera přibývala a byla spokojená. Zpočátku jsem měla pocit, že jsem jako matka selhala, nejsem schopna dítě donosit a pak ještě nekojím. Nyní již vím, že děti vyrostou i na umělém mléku. Jsem konečně v lepší psychické pohodě a užívám si i druhé mateřství. Pevně*

*věřím, že i když jsem nemohla být s dcerou po celou dobu jejího pobytu, budu se umět o obě děti dobře postarat.“*

## 8 Zpracování odpovědí s ohledem na výzkumné otázky

**Výzkumná otázka č. 1: Jaké emoce prožívají matky předčasně narozených dětí při prvním kontaktu se svým dítětem na oddělení JIP?**

Polovina z deseti dotazovaných matek se shodla na pocitu **štěstí**, pokud své dítě přišla navštívit na JIP. Také se pět matek vyjádřilo stejně ohledně **pláče**. Většinou tento pláč pramenil z pocitu štěstí.

Přímo pocit **strachu** uváděly dvě matky.

Jednu z matek první pohled na své nedonošené dítě **vyděsil** tak moc, že musela oddělení opustit a znovu dorazit následující den. Cítila se za své chování **provinile** a zároveň se **styděla**.

**Obavy** o zdraví a budoucnost svého dítěte uváděly čtyři matky. Opakované příchody za svým dítětem vyvolávaly v těchto matkách obavy z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

O pocitu **radosti** se zmiňovaly tři matky. Tento pocit byl podmíněný dobrou poporodní adaptací a uspokojivým zdravotním vývojem.

Třetí matka se **obviňovala z nedodržování lékařského režimu** a následně svoje **cíty** směřovala ke svému dítěti a pochopila, že nyní jí dítě **velmi potřebuje**.

Matka číslo pět se při pohledu na své dítě příliš nevyděsila, protože její první syn byl také nedonošený. Uváděla velké **zklamání**, když se u jejího dítěte stav zhoršil a opět musel být napojený na dechovou podporu. V té době se u ní projevil **pocit marnosti a nepotřebnosti**. **Psychickou újmu** jí přinášelo každodenní **loučení** se svým **starším synem**, který pokaždé plakal.

**Pocit, že toto nemohou být její děti**, vyjádřila matka dvojčat. Nedokázala slovy popsat, co právě v tuto chvíli prožívá.

Další matce se při pohledu na své dítě **podlomily kolena** a musela se posadit do křesla. V té chvíli cítila oporu ve svém manželovi. **Velká úzkost** působila na její psychický stav intenzivně a došlo k **nevolnosti a slabosti**.

Na jednu matku velmi **negativně působilo technické prostředí na JIP**. Cítila **smutek**, přestože její dítě bylo zdravotně v pořádku. Projevovала **lítost** nad ostatními dětmi, které ležely s její dcerou na velkém pokoji.

Jedna matka z deseti dotazovaných **prožívala obavy při doteku** na své dítě. **Obavy** se týkaly **strachu**, aby svému křehkému, drobného dítěti neublížila a nedošlo k zhoršení zdravotního stavu.

### **Shrnutí:**

Polovina matek uváděla pocit štěstí, ale zároveň strach a obavy o zdraví dítěte a jeho budoucnost. Matky, které porodily druhé dítě, prožívaly obavy o zajištění péče o své první dítě. Jedna z matek první kontakt s dítětem vyděsil a byla nucena prostředí JIP během minuty opustit.

**Výzkumná otázka č 2: Jsou matky adekvátně a srozumitelně informovány o zdravotním stavu dítěte v průběhu celé hospitalizace?**

Z dotazovaných matek pět uvedlo, že **informace** jim byly poskytnuty již na **porodním sále**. Tyto informace, ale **nebyly schopné dostatečně vnímat** a po hodině si pamatovaly pouze pohlaví a váhu dítěte.

**Pravidelně a s ochotou** dostávala informace **většina** oslovených matek. **Sedm** z deseti matek, **se nemusely informací dožadovat**.

**Pět** matek uvedlo, že přestože informace jim byly **podávány srozumitelně**, tak pod **emočním napětím**, které prožívaly, se musely **znovu** lékaře **opakovaně ptát** na informace, které již jim byly sděleny.

Pouze **jedna** matka uváděla **nespokojenost s podáváním informací a komunikací** lékařky, která sloužila o víkendové směně.

**Jedna** z matek byla nucena si **dvakrát za celou dobu** hospitalizace na **informace** o zdravotním stavu **vyčkat**, kvůli pracovní vytíženosti lékařky. Toto prodlení nehodnotí jako negativní, neboť chápe, že lékař vždy není přítomen na JIP.

Podávání informací na oddělení **JIP před ostatními matkami** vnímala **jedna** matka **negativně**, i když stav jejího dítěte byl velmi dobrý. Bylo jí **nepříjemné vyslechnout i zdravotní stav ostatních dětí**, který v některých případech uspokojivý nebyl.

**Dvě** matky uváděly pocit, že **informace nejsou** v takovém rozsahu **schopné zpracovat**. Měly pocit, že informací po celou dobu hospitalizace je **velmi mnoho** a nejsou podávány **postupně a přiměřeně**.

**Jedna** z matek **pozitivně** hodnotila **bezprostřední** informovanost o **zhoršení zdravotního** stavu svého dítěte, ještě před tím než přišla na JIP. Pohled na dítě bez **předešlé informace** by jí jistě **vyděsil více**, než když se mohla na tuto situaci připravit.



**Shrnutí:**

Většina matek, které byly dotazovány, dostávaly informace srozumitelně a pravidelně. Informace podávané bezprostředně na porodním sále, nejsou matkami vzhledem k jejich psychickému a fyzickému stavu vnímány a je nutné informace zopakovat. Matky vyjádřily spokojenost s ochotou při podávání informací a s možností se znovu zeptat na již sdělené informace.

***Výzkumná otázka č. 3: Jak je hodnocena matkami předčasně narozených dětí komunikace s ošetřujícím personálem?***

**Polovina** matek uváděla **spokojenost s komunikací** ošetřujícího personálu podle toho, která ze **sester sloužila**. Z této poloviny **dvě** matky hodnotily **komunikaci** v celku jako **příjemnou**.

**Nespokojenost** s komunikací a **útržkovité odpovědi** sester uvádějí **dvě** matky. Vždy se s komunikací obracely na „**lepší sestru**“, která **projevila více zájmu** o jejich pocity a potřeby. Tyto dvě matky některé sestry označily jako **přecitlivělé až hysterické**.

Pro **jednu** z matek byla rozhodující **komunikace sestry při její první návštěvě na JIP**. S ohledem na její **emoce**, které byly naplněny úzkostí a strachem, očekávala **empatický přístup sester**. **Usměvavá a milá** sestra jí v této velmi těžké chvíli pomohla svou **vstřícností a klidem**.

**Jedna** s matek s **přístupem** některých sester **spokojená nebyla**, ale **nestěžovala** si kvůli **obavám**, aby její dítě dostalo **adekvátní ošetrovatelskou péči**. Byla si vědoma, že syn péči i těchto méně příjemných sester potřebuje.

Z **deseti** oslovených matek **čtyři** byly **spokojené s komunikací ošetřujícího personálu**. Sestry se chovaly **profesionálně** a nedaly matkám najevo, že by je **obtěžovaly** opakovanými **dotazy** nebo svou **přítomností** na JIP. **Komunikaci** matky uváděly jako **milou, vstřícnou** a byla jimi **hodnocena velmi kladně**. Jedna matka z této skupiny porovnávala chování z **předešlé zkušenosti**, jelikož byla před třemi roky hospitalizovaná na stejném oddělení. Její **hodnocení** při tomto pobytu bylo **pozitivní**, komunikace a chování sester **odlišné** od dob minulých.

**Jedna** z matek považovala přístup některých sester za **nepřípustný a nepřijatelný**. Naopak s některými sestrami byla **velmi spokojená**. Byly **milé, vstřícné** a projevily **zájem** nejen o **dítě**, ale i o **rodiče**, o jejich **pocity a obavy**.

**Shrnutí:**

Komunikace matkami byla hodnocena spíše negativně. Hormonální změny a psychické napětí po porodu způsobuje velkou emocionální nestabilitu a

komunikace sester s matkami předčasně narozených dětí, je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Výhradně spokojeno s komunikací sester bylo pouze 40 % dotazovaných matek.

#### ***Výzkumná otázka č. 4: Jak je matkami hodnocena edukace v oblasti základní ošetrovatelské péče o dítě?***

**Pět** matek si byla před propuštěním **jista v péči** o své dítě. Neměly **žádné obavy** a **strach**, že by péči v domácím prostředí nezvládaly. Většina z nich spoléhala také na **podporu** své nejbližší **rodiny**.

**Tři** matky si ze začátku **nebyly jisté** v ošetřování svého dítěte. **Prožívaly** velké **obavy**, aby svému dítěti **neublížily** a propadaly **beznaději**, že se **nedokážou** o své dítě dobře **postarat**. Matkám velmi **pomohl klidný a milý přístup sester** a neustálé **opakování** a **názorné ukázky jednotlivých úkonů**. Na konci pobytu i tyto matky hodnotí edukaci v péči jako **dostačující**.

**Spokojenost** s formou edukace také **záležela na sestře**, která zrovna byla ve službě. **Tři** matky se shodly na **pozitivním hodnocení edukace**, pokud sloužila sestra, které se **nebály** znovu a opakovaně **zeptat** na jednu a tu samou věc. Pokud si nevěděly rady, s ochotou využily pomoci sester. **Vypozorovaly**, že pokud s nějakou **sestrou** mají **kommunikační problémy**, odráží se toto napětí i v jejich **zručnosti a dovednosti**.

**Dvě** matky velmi kladně hodnotily **zapojení manžela** do péče.

**Obavy** z propuštění do domácí péče **uváděly tři** matky. Jejich **strach** se týkal **nejistoty**, především pokud děti **pláčou** a ony je **nedokážou utiшит**. V nemocnici je neustále přítomna sestra, za kterou mohou přijít pro radu.

Matka **dvojčat** zprvu chtěla **péči zvládnout** zcela **sama**, ale nedostatek spánku brzy matku **vyčerpá** a ráda využila pomoci **sester**. Jelikož péče o dvě děti je velmi náročná, je nutné matku **edukovat** v oblasti **odpočinku, relaxace** a využití **pomoci** druhých.

Z dotazovaných matek **jedna nebyla** s formou edukace **spokojená**. Na systém péče o své dítě si postupně dotazovala **ostatních matek** a čerpala zkušenosti od matek, které svou péči o dítě zvládaly dobře.

#### **Shrnutí:**

Polovina matek si byla v péči o své dítě v době propuštění jista a neprožívaly žádné obavy a strach. Tři matky si byly v péči o dítě nejisté a uvítaly

by více prostoru pro zdokonalení péče o dítě. Většina matek uváděla počáteční nejistoty při zapojení do péče. Z odpovědí vyplývá, že matky byly spokojeny s edukací podle sestry, která je v péči edukovala. Jedna matka s formou edukace nebyla spokojena, raději využívala rad a pomoci ostatních hospitalizovaných matek.

## 9 Diskuze

Porod dítěte je fyziologická a přirozená věc. Jedná se o jedinečný okamžik velkého významu pro matku, tak i pro dítě. Celá rodina se připravuje na příchod novorozence. Emocionální vazby začínají již před narozením dítěte v těhotenství. Rodiče si vytvářejí představy o svém dítěti, idealizují si ho. Pokud se však narození dítěte neodehrává za takových podmínek, jaké si rodiče předem představují, nedostaví se očekávaný prožitek dokonalosti, ale pocity zklamání, selhání, vina a strach. Tyto pocity mohou vést k odcizení rodiče a dítěte.

Poporodní období je velmi náročné pro čerstvou rodičku o to víc, pokud probíhá s komplikacemi jako předčasný porod či onemocnění novorozence.

Předčasný porod, závažné onemocnění či vrozená vývojová vada ohrožují narozené dítě vzhledem k nezralosti jeho orgánů a slabosti imunitního systému. Takové děti potřebují přiměřenou podporu v rámci jednotky intenzivní péče, aby mohly přežít. Ačkoliv je tato péče o vysoce rizikové pacienty díky technologiím, vědeckým znalostem a vyškolenému zdravotnickému týmu na vysoké úrovni, i tak dítě zažívá osamělý čas na JIP a musí se vypořádat s nesnadným předčasným vstupem do života. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče je narušeno vzájemné pouto, což často ohrožuje budoucí vzájemné přilnutí mezi dítětem a rodičem. (Chvílová-Weberová, 2013)

Kromě utrpení z nemoci jako takové je i hospitalizace sama o sobě velmi unavující a způsobuje změny v aspektech rodinného života, jako například odloučení rodičů, kdy každý musí žít v jiném městě, aby jeden z nich mohl být nablízku svému dítěti. Strach, obavy a osamělost ovlivňují rovnováhu rodičovských rolí, což může vést ke zhroucení rodiny.

Cílem studie prováděné v Portugalsku bylo popsat pocity matek dětí hospitalizovaných na JIP.

Matky prožívaly velké množství různorodých pocitů. V porovnání s mým výzkumným šetřením matky s této studie prožívaly podobné a často stejné pocity, jako matky oslovené v bakalářské práci. Mezi pocity, které matky uváděly, patří úzkost, obavy, nejistota, až pocit štěstí z narození dítěte. Technologický pokrok a důvěra v tým odborníků ubezpečují matky v naději, že jejich dítě dostává nejlepší

péči zajišťující jeho zdraví. I přes péči a oddanost profesionálu, však přežití dítěte zůstává největší obavou matek. Idealizace očekávaného dítěte je v okamžiku zničena nejistotou přetrvávající i v následujících letech.(Jarussi, Zani, 2015)

Studie prováděná v Teheránu poukazuje na stresové stimuly, které ovlivňují emoce matek předčasně narozených dětí hospitalizovaných na JIP. Tato studie prokázala, že největšími stresovými podněty v pořadí důležitosti jsou vzhled a chování dítěte, poté narušení vztahu rodiče a dítěte a také prostředí, ve kterém je hospitalizován novorozenec v rámci intenzivní péče. Náhlý zvuk alarmu monitoru a různá speciální zařízení jednotky intenzivní péče byly z pohledu matek nejčastěji popisovanými stresovými podněty. (Borimnejad,Mehrnoush, SeyyedFatemi, Haghani, 2011)

Z tohoto důvodu se doporučuje, aby ihned po porodu předčasně narozeného dítěte, byli rodiče vybaveni dostatkem informací a seznámení s prostředím jednotky intenzivní péče k navázání ideálního vztahu.

Cílem mého kvalitativního výzkumu bylo popsat emoce, které matky prožívají při předčasném porodu. Oslovené matky neporodily extrémně nezralého novorozence, ale všechny porodily své dítě po 32. gestačním týdnu. Mohlo by se zdát, že tyto matky neprožívají takovou míru stresu jako matky extrémně nedonošených dětí, ale i tyto matky jsou intenzivně zasaženy nečekaností předčasného porodu. Potřebují podporu, empatii a citlivý přístup zdravotníků. Je velmi důležité rodiče (především matky) zapojit do péče o své dítě, neboť většina dětí se brzy oběhově i ventilačně stabilizuje a mnohé studie poukazují, že nejlepšími ošetřovateli pro své dítě, jsou rodiče.

## **Závěr**

V mé práci se v teoretické části zabývám definováním oboru neonatologie, předčasného porodu, nejčastějšími problémy, které nezralost sebou přináší a obecnými zásadami v ošetrovatelské péči o nezralého novorozence. Dále práce pokračuje kapitolou psychologie v neonatologii, etickými problémy a obecnými zásadami edukace.

Část praktická se zabývá zpracováním a publikováním odpovědí na položené otázky matkami předčasně narozených dětí. Záměrně jsem nepozměňovala znění odpovědí, neboť jsem tuto práci chtěla věnovat právě matkám a nejen zdravotníkům.

Z odpovědí matek vyplývá, že většina z nich prožívá velké obavy a úzkost o zdraví svého dítěte, ale pohled na nezralého novorozence je z velké části naplňuje štěstím a radostí. Pocit viny a zklamání v mateřské roli, uvádějí matky velmi často. Stydí se před svými nejbližšími, že nebyly schopné dítě donosit a porodit v určeném termínu.

Mile jsem byla překvapena z odpovědí matek na otázku týkající se informování lékaři o zdravotním stavu jejich dítěte. V této oblasti se matky shodly na kladném hodnocení. Pouze uváděly, že informace pár minut po porodu o aktuálním stavu dítěte, velmi rychle zapomenou a lékaři je musí opakovat.

Oblast edukace byla pro polovinu matek dostačující a prováděna vstřícnou formou. Druhá polovina matek hodnotila oblast edukace kladně, pouze tehdy pokud sloužily sestry, kterých se matky neobávaly, zeptat, pokud v péči o dítě tápaly. Tento fakt mě velice nepříjemně zarazil a zde vidím možnost zamyšlení.

Negativně byla hodnocena oblast komunikace. Spokojeny byly pouze čtyři matky, které komunikaci označily jako příjemnou, milou a empatickou. Ostatní matky s komunikací spokojeny nebyly nebo uváděly pouze spokojenost s několika málo sestrami. Označit matky za hysterické nebo přecitlivělé, je z mého pohledu zcela nepřípustné a neetické. S ohledem na tyto odpovědi, bych doporučovala pravidelné návštěvy seminářů o komunikaci s rodiči předčasně narozených dětí. V rámci zlepšení komunikace ošetrujícího personálu s rodiči nedonošených dětí bych ráda uspořádala besedu s matkami, které porodily předčasně. Matky



s odstupem několika let od porodu jsou schopny o svých pocitech otevřeně promluvit a jejich zpověď by přispěla k pochopení prožitků zdravotníků.

Emoce, které se po dobu hospitalizace vystřídají, pokrývají široké spektrum od beznaděje, strachu, výčitek, zlosti až k pocitům radosti, něhy štěstí a radosti. Zdravotníci by měli umět na tyto emoce přiměřeně reagovat, vyslechnout obavy matek, nabídnout pomoc, z úspěchů a pokroků, které dítě vykonává, se radovat s rodiči. Každý zdravotník prožívá radost, pokud nezralý novorozenec malými krůčky postupně dojde ke dni odchodu domů. Dejme rodičům najevo, že jsme tady pro jejich dítě, ale také pro mě samotné. Vkládají v nás velkou důvěru a naději. Snažme se tuto důvěru nezklamat.

## **Použité zkratky**

AB - acidobazická rovnováha

AP – apnoická pauza

APGAR – hodnocení novorozence po porodu

ARSD - syndrom akutní respirační tísně

CNS – centrální nervový systém

CPAP – podpora dýchání u spontánně dýchajícího pacienta ke zvýšení funkčního reziduálního objemu v plicích

CRP – C- reaktivní protein

ETC – endotracheální kanyla

g. t. – gestační týden

INSURE - intubace-surfaktant-extubace

i. v. - intavenózně

IVF – oplodnění mimo dělohu

JIP – jednotka intenzivní péče

KO – krevní obraz

NEC – nekrotizující enterokolitida

NGS – nasogastrická sonda

OGS – orogastrická sonda

O2 – kyslík

PEEP – pozitivní tlak v dýchacích cestách na konci výdechu

p. os. - perorálně

PŽK – periferní žilní kanyla

RDS – syndrom respirační tísně

ROP – retinopatie nedonošených

RTG – rentgenové vyšetření

UPT – umělá plicní ventilace

## Použitá literatura

- BORIMNEJAD, L., MEHRNOUSH, N., SEYYEDFATEMI N., HAGHANI, H. *Maternal Stressor Agents with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units. Iranian Journal of Critical Care Nursing* [online]. 2011, 4(1), 39-44 [cit. 2017-05-27]. ISSN 2008336X.
- ČERNÁ, M. *Praktické řešení novorozenecké žloutenky*. *Pediatric pro praxi* 2015, roč. 16, č. 6, s. 372–374, ISSN 1213–0494
- DOKOUPÍLOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B. a kol. *Narodilo se předčasně*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. 320 s. ISBN 978-80-262-1072-6
- DORT, J. a kol. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-246-0790-5
- DORT, J. a kol. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2011, 238 s. ISBN 978-80-7043-944-9
- FENDRYCHOVÁ, J. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011.192 s. ISBN 978-80-247-3940-3
- FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012.447 s. ISBN 978-80-7013-547-1
- HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
- HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- CHVÍLOVÁ–WEBEROVÁ, M. *Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem*. *Neonatologické listy* 2013, roč. 19, č. 1, s. 37–40, ISSN 1211–1600
- JANÁČKOVÁ, L., KANTOR, L. *Maličké miminko*. 1. vyd. Brno: Grifart, 2016, 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7
- JANOTA, J., STRAŇÁK, Z. a kol. *Neonatologie*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 572 s. ISBN 978-80-204-2994-0

- JARUSSI, L., ZANI V. A. *Maternal Representations Before THE Birth and Hospitalization of the Premature CHild in Neonatal ICU. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [online]. 2015, 9(6), 8214-8221 [cit. 2017-05-27]. DOI: 10.5205/reuol.7585-66362-1-ED.0906201509. ISSN 19818963.
- JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- KUŘE, J. *Rozhodování o péči o novorozence na hranicích viability*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2015, roč. 5, č. 1, s. 63-85. ISSN: 1804-8137 (elektronická verze).
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- ODEHNAL, M., MALEC, J. *Otázky a kontroverze u Retinopatie nedonošených*. Neonatologické listy 2014, roč. 20, č. 1, s. 16–20, ISSM 1211–1600
- SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
- SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. a kol. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 108 s. ISBN 978-80-7287-141-3
- STRAŇÁK, Z. *Resuscitační a post-resuscitační péče o novorozence*. 1. vyd. Praha 2015, 87 s. ISBN 978-80-87023-36-5
- TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULCOVÁ, L. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6
- VOKURKA, S. *Komunikace s pacienty a jejich rodinami*. Sestra 2013, roč. 23, č. 7- 8, s. 22-23, ISSN 1210-0404
- ZLATOHLÁVKOVÁ, B. *Právo a etika na hranicích životaschopnosti plodu a novorozence*. Neonatologické listy 2008, roč. 14, č. 1, s. 3–8, ISSN 1211–1600
- ZLATOHLÁVKOVÁ, B. *Etické problémy péče o rizikové novorozence*. Československá pediatrie, 2014, roč. 69, č. 5, s. 319-327. ISSN: 0069-2328.

- ZOBAN, P. *Nedonošený novorozenec*. Československá pediatrie, 2012, roč. 67, č. 3, s. 203-208. ISSN: 0069-2328.